

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ
И СЕМИНАРОВ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ МОДУЛЯМ ППСЗ по специальности
34.02.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

СОДЕРЖАНИЕ

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.01 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....	1
1.1. МДК.01.01 ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ.....	1
1.2. МДК.01.02 ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ.....	47
1.3. МДК 01.03. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	50
2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.02 УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ.....	85
2.1. МДК 02.01. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ	85
2.2. МДК.02.02 ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	297
3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.03 ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ	308
3.1. МДК.03.01 ОСНОВЫ РЕАНИМАТОЛОГИИ	308
3.2. МДК.03.02. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ	311
4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.04 ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ.....	313
4.1. МДК.04.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА.....	313
4.2. МДК 04.02. ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	345

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.01 ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
1.1. МДК.01.01 ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ

Модуль 1. Здоровье и качество жизни. Потребности человека в разные возрастные периоды. Рост и развитие.

Занятие №1

Тема: Здоровье и качество жизни

Цель: формирование у студентов представлений о здоровом образе жизни, роли сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья, в организации медицинской профилактики.

Вопросы для рассмотрения: Проведение оценки демографической ситуации в России, районе профессиональной деятельности. Выявление и оценка факторов, влияющих на здоровье.

Основные понятия темы:

Общественное здоровье и здравоохранение. Концепции здоровья

Одним из важнейших признаков, определяющих принадлежность общества к цивилизации, всегда считалось состояние здоровья конкретного человека и населения в целом. Состояние здоровья определяет возможности человека вести активную, полноценную жизнь, плодотворно трудиться, качественно проводить свой досуг. В конечном итоге именно уровень здоровья населения оказывает значительное влияние на динамику экономического развития общества, страны, воздействуя на производительность труда.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ 1963г.) так определила понятие здоровья: *«Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков».*

Определяют здоровье и как возможность организма адаптироваться к изменениям окружающей среды (Баевский Р. М., 1979), и как уровень функциональных возможностей организма, диапазон его компенсаторно-адаптационных реакций в экстремальных условиях (Граевская Н. Д., 1979), и как состояние гармоничной саморегуляции и динамического равновесия со средой, как совокупность психосоматических состояний организма,

обеспечивающих возможность оптимального функционирования человека в разнообразных сферах жизни (Царегородцев Г.И., 1983), а также как психофизическое состояние человека, характеризующееся отсутствием патологических изменений и функциональным резервом, достаточным для полноценной биосоциальной адаптации и сохранения физической и психической работоспособности в условиях естественной среды обитания (Бундзен П. В., Дибнер Р. Д., 1994).

Выделяют индивидуальное, групповое и общественное здоровье (здоровье населения, здоровье популяции). Об индивидуальном здоровье говорят в том случае, если рассматривается конкретный человек, индивидуум; групповое здоровье предусматривает оценку уровня здоровья нескольких людей; о здоровье населения, общественном здоровье говорят при изучении, оценке здоровья населения, проживающего на определенной территории (в городе, селе, административно-территориальном образовании). Индивидуальное здоровье оценивают по самочувствию конкретного человека, наличию или отсутствию у него заболеваний, его физическому состоянию и развитию, выявляемых после соответствующих исследований, трудоспособности, личным ощущениям жизни и другим критериям и признакам. Групповое и общественное здоровье определяется по медико-статистическим и медико-демографическим показателям и критериям, а не только по оценке индивидуального здоровья. *Общественное здоровье – это состояние общества, которое обеспечивает условия для активного, продуктивного образа жизни, не стесненного заболеваниями, физическими и психическими дефектами. здравоохранение – это общественная и социальная функция медицины, всего общества и государства, его политических, экономических, общественных, религиозных, медицинских и др. организаций и учреждений.*

Качество жизни определяется как «соответствие желаний человека его возможностям, лимитированным заболеванием» [Jones T., 1997]. *Качество жизни здорового человека можно определить как соответствие желаний и потребностей человека его возможностям, ограниченным его физическим, психологическим, социальным состоянием.* Восприятие качества жизни во многом является субъективным, т.е. сам человек определяет степень удовлетворенности своей жизнью. Оценка качества жизни каждого конкретного человека зависит и от возрастных характеристик личности.

Для здорового человека важными параметрами качества жизни являются:

- сохранение (повышение) социального статуса;
- сохранение семейного статуса;
- сексуальная активность;
- удовлетворение от увлечений и отдыха.

Для больного человека, помимо перечисленных параметров, большое значение имеет и возможность самообслуживания, самоухода.

Критериями качества жизни [ВОЗ, 1995] принято считать:

- физические (сила, энергия, сон, отдых);
- психологические (мышление, изучение, запоминание, концентрация, положительные эмоции, самооценка, внешний вид, печальные переживания);
- уровень независимости (повседневная деятельность, работоспособность);
- жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность человека, сексуальная активность);
- окружающая среда (безопасность, быт, материальное благополучие, доступность информации, возможность обучения, досуг; экология — населенность, загрязнение среды обитания и т.д.);
- духовность (чувство ответственности за других, религия, личные убеждения и установки).

На уровень и состояние здоровья человека оказывает влияние множество факторов:

- биологические, психологические свойства человека (наследственность, конституциональные особенности и др.);
- природные условия (климат, флора, фауна и т.д.);
- состояние экологии (степень загрязнения или чистоты окружающей среды);
- социально-экономические, политические условия, действующие в той или иной стране;
- уровень развития здравоохранения, степень подготовленности и квалификации медицинских кадров.

Помимо непосредственных факторов и условий, определяющих здоровье, можно выделить и *группу факторов риска здоровью*, т.е. факторов, *создающих благоприятный фон для развития заболевания*, способствующих возникновению и развитию болезни, но не являющихся непосредственной причиной их развития: для возникновения заболевания необходимо действие конкретного причинного фактора.

Факторы риска по своей природе могут быть первичными, действующими изначально и способствующими нарушению здоровья; вторичными, служащими провоцирующими для развития заболеваний; а также третичными и т.д. Выделяют большие, или главные, факторы риска.

К числу *больших первичных факторов риска* специалисты ВОЗ относят:

- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- нерациональное питание;
- гиподинамию;
- психоэмоциональный стресс.

К числу *вторичных больших факторов риска* относят:

- диабет;
- артериальную гипертензию;
- гиперлипидемию, гиперхолестеринемию;
- ревматизм;
- аллергию;
- иммунодефицит и др.

Помимо отдельных факторов риска, выделяют и группы риска, т.е. группы населения, в большей мере, чем основная его часть, подверженные развитию различных патологических процессов. К такой категории людей могут быть отнесены люди различных возрастных, социальных, профессиональных групп. Это дети, лица пожилого и старческого возраста, беременные, одинокие, люди, работающие во вредных условиях, и т.д. Выделение таких групп, определение факторов риска помогает в работе медицинского персонала, позволяя разрабатывать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья лиц, входящих в ту или иную группу риска.

Существенное влияние на здоровье оказывает образ жизни человека. Доля факторов образа жизни среди всех обуславливающих здоровье воздействий превышает 50% (остальные 20% - генетические факторы и наследственность; 20% - состояние окружающей среды и природные факторы и 10% - состояние здравоохранения).

Образ жизни определяется как *исторически сложившаяся совокупность характерных черт деятельности или активности людей, включающая материальную и духовную сферы и являющаяся отражением уровня развития производства, культуры, уровня развития общества в целом.* Понятие «образ жизни» включает различные категории деятельности, активности людей:

- характер активности (интеллектуальная и физическая активность);
- сферы активности (трудовая и внетрудовая активность);
- виды или формы активности (производственная, социальная, культурная, образовательная, медицинская активность, деятельность в быту).

Образ жизни, поведение человека, направленные на сохранение и укрепление здоровья, называют здоровым образом жизни. Это понятие включает в себя все элементы деятельности, направленной на охрану, улучшение и укрепление здоровья. Формирование здорового образа жизни, обеспечение нормального развития человека создает предпосылки для устранения угрозы возникновения патологических процессов,

способствует сохранению активной деятельности на протяжении всей жизни и осознанию человеком собственной индивидуальности

и значимости.

К ведущим факторам образа жизни взрослого населения относятся:

- уровень образования;
- жизненная позиция;
- соответствие должности и места работы уровню образования;
- производственно-трудовая деятельность;
- морально-психологический климат на работе;
- физическое и психологическое состояние;
- физическая активность;
- морально-психологическая обстановка в семье.

Среди факторов образа жизни детского населения выделяют:

- акушерско-гинекологический анамнез матери;
- возраст матери при рождении ребенка;
- характер вскармливания ребенка (естественное, искусственное);
- психоэмоциональное состояние ребенка;
- социальную активность ребенка;
- физическую активность ребенка;
- внутрисемейный климат.

Уровень *здоровья* определяют по нескольким *критериям*:

- наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний;
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям;
- уровень достигнутого физического, психического, интеллектуального и др. развития;
- степень гармоничности физического развития.

Все население по уровню здоровья может быть распределено на определенные группы:

- к 1-й группе относятся здоровые лица;
- к 2-й группе относятся практически здоровые, имеющие факторы риска;
- к 3-й группе относятся больные с заболеваниями в стадии компенсации;
- к 4-й группе относятся больные с заболеваниями в стадии декомпенсации.

Цели и функции *Центров здоровья*

Задачи, поставленные перед медицинскими работниками по формированию ЗОЖ, заключаются в устранении, либо смягчении действия факторов риска развития заболеваний, информировании населения о вреде употребления табака и алкоголя; предотвращении социально значимых заболеваний, в т. ч. среди детского населения; применении индивидуальных подходов в консультировании, достижении увеличения продолжительности активной жизни.

Для решения указанных задач на популяционном уровне в регионах РФ согласно приказу Минздравсоцразвития России «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» от 19.08.2009г. № 597н начали работать Центры здоровья, созданные на базе региональных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Основная цель деятельности Центров здоровья - сохранение здоровья, повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по ведению ЗОЖ у населения.

В Центре здоровья человек сможет измерить содержание никотина, определить уровень холестерина в крови, оценить выраженность избыточного веса тела, контролировать АД, оптимизировать физическую активность и составить индивидуальную программу оздоровления.

Одной из основных целей здравоохранения на современном этапе является повышение доступности и качества медицинской помощи. Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем. Эти задачи решают «Школы здоровья», созданные для лиц, больных неинфекционными заболеваниями, имеющими социальное значение; и беременных, с целью профилактики внутриутробного негативного воздействия различных факторов на плод: физических, психогенных, химических, инфекционных и др., подготовки к родам, а также получения ими навыков правильного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.

Школы здоровья, школы для пациентов и лиц с факторами риска являются организационной формой обучения целевых групп населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья.

Основной целью подобных школ является формирование определенной культуры отношения к укреплению здоровья, профилактике заболеваний с учетом потенциальных и имеющихся проблем.

Демография (от греч. *demos* — народ и *grapho* — писать) — наука о населении, закономерностях его воспроизводства в связи с социально-экономическими и историческими условиями.

Под населением (народонаселением) принято понимать совокупность людей, объединенных общностью проживания в пределах какой-либо страны или части ее территории (провинции, земли, области, края, района, определенного населенного пункта), а также группы стран или всего мира.

К числу вопросов, изучением которых занимается демография, относятся:

- территориальное размещение населения;
- анализ воздействия на население различных факторов — экологических, медицинских, правовых, социально-экономических, условий жизни, быта, традиций и т.д.;
- выявление тенденций и процессов, происходящих среди населения в связи с этими факторами.

Статика населения — это численный состав населения на определенный (критический) момент времени. Состав населения изучается по ряду основных признаков, характеризующих его структуру. К таким признакам относятся:

- пол;
- возраст;
- социальная и профессиональная принадлежность;
- семейное положение;
- уровень образования;
- место жительства;
- географическое размещение;
- плотность населения.

Динамика населения представляет собой движение населения, мобильность, изменение его численности, которое может происходить в результате различных процессов. За счет движения населения изменяются его численность, возрастно-половой, национальный, социальный состав, доля занятого населения и другие показатели.

Различают:

- социальную мобильность, т.е. переход людей из одних социальных групп в другие в результате изменения материального положения, уровня образования и т.д.;
- механическое движение населения (миграция) — перемещение людей через границы тех или иных территорий, связанное с переменой места жительства, учебной или работой;
- естественное движение населения, обуславливающее смену поколений в результате рождений и смертей.

Источниками для получения фактических данных для демографии служат результаты учета численности и состава населения, получаемые при:

- переписях, регулярно проводящихся в экономически развитых странах;
- выборочных исследованиях, включающих как собственно демографические, так и социально-гигиенические, социологические и другие виды обследований;
- текущем учете изменений в численности и составе населения на основе регистрации некоторых демографических явлений (рождений, смертей, браков, разводов и др.).

На основе статистических данных население Земли в 2010 году насчитывало 6,82 млрд. жителей. Ежегодно численность населения Земли увеличивается примерно на 60-100 млн. человек. По численности постоянного населения РФ занимает 9-ое место в мире после Китая, Индии, США, Индонезии, Бразилии, Пакистана, Бангладеш и Нигерии. Сейчас население РФ составляет примерно 143 млн. человек, СК – 2,8 млн., г. Ессентуки – 101 тыс. человек.

В 2010г. остановлен процесс сокращения численности населения в РФ, а в 2013г. Россия впервые (с 1990-х годов) преодолела естественную убыль населения, т.е. показатель рождаемости превысил показатель смертности.

Основными причинами смерти в России по-прежнему являются сердечно-сосудистые заболевания (55% всех смертей), онкологические (15%), т.н. внешние факторы (9%) (связанные с транспортом, отравление алкоголем, суициды и др.).

Наиболее важными медико-демографическими показателями являются численность населения, рождаемость, смертность (в т.ч. детская), заболеваемость, инвалидность, воспроизводство населения и др.

Рекомендуемая литература:

Крюкова Д.А. Здоровый человек и его окружение :учеб пособие / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. Изд. 6-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2012.

Здоровый человек и его окружение [Электронный ресурс] : учебник / В. Р. Кучма, О. В. Сивочалова - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://old.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432327.html>

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Модуль 2. Здоровье детей.

Занятие №1

Тема: Внутриутробный период и период новорожденности

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях новорожденного ребенка, особенностях внутренних органов

Вопросы для рассмотрения:

Аntenатальный и неонатальный период.

Выявление факторов, влияющих на эмбриональное развитие, на здоровье плода.

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Обучение кормящих матерей поддержке грудного вскармливания.

Обучение правилам кормления грудью, уходу за новорожденным.

Основные понятия темы:

Внутриутробный этап от момента зачатия до рождения продолжается в среднем 270 дней, но на практике расчет обычно ведут на 280 дней (10 лунных месяцев), начиная счет с первого дня последнего менструального цикла. Срочными родами считаются роды, происходящие на 37-40 неделе беременности, преждевременными - ранее 37 недели и запоздалыми – при сроке 42 недели и более.

Сейчас принято выделять несколько периодов внутриутробного развития:

Герминальный, или собственно зародышевый период. Он начинается от момента оплодотворения яйцеклетки и заканчивается имплантацией образовавшегося бластоциста в слизистую оболочку матки. Его продолжительность – 1 неделя.

Период имплантации. Продолжается около 40 часов, т.е. около 2 суток. Эти два периода иногда объединяются, т.к. медико-биологическое значение их велико. В это время 50 – 70% оплодотворенных яйцеклеток не развивается, а тератогенные (неблагоприятно влияющие на плод) факторы, особенно относящиеся к группе сильных, вызывают патологию, несовместимую с выживанием зародыша (аплазия и гипоплазия), или формирует тяжелые пороки развития вследствие хромосомных aberrаций или мутантных генов.

В настоящее время тератогенные факторы можно разделить на 3 группы:

А) Экзогенные:

ионизирующая радиация (более 0,6-0,8 Гй), которая вызывает гибель клеток или мутации генов

ряд вирусных инфекций – краснуха, в меньшей степени грипп, энтеровирусная инфекция, вирусный гепатит, цитомегалия и другие

фармакологические препараты – цитостатики, стероиды, салицилаты в больших дозах

некоторые промышленные и сельскохозяйственные ядовитые вещества, хозяйственные яды – пестициды, гербициды

некоторые пищевые продукты – особенно испорченный картофель, зараженный грибом

Б) Генетические:

мутантные гены, вызывающие пороки развития с доминантным или рецессивным типом наследования (семейные случаи с расщеплением верхней губы, поли- или синдактилией)

хромосомные aberrации (числовые и структурные) – если имеют место aberrации, то возникающие пороки развития чаще несовместимы с жизнью (60% спонтанных абортотв до 3 месяцев обусловлены хромосомной aberrацией), и только относительно небольшое число детей, например, с болезнью Дауна, жизнеспособны.

В) Сочетанные:

Складываются из этих двух групп.

Эмбриональный период. Он длится 5-6 недель. Питание зародыша происходит из

желточного мешка. Важнейшей особенностью периода является закладка и органогенез почти всех внутренних органов будущего ребенка.

Поэтому воздействие тератогенных факторов вызывает эмбриопатии, которые представляют собой наиболее грубые анатомические и диспластические пороки развития.

Неофетальный или эмбриофетальный период. Продолжается 2 недели, когда

формируется плацента, что совпадает с окончанием формирования большинства

внутренних органов (кроме ЦНС и эндокринной системы). Этот период имеет важное значение, т.к. правильное формирование плаценты, а следовательно и плацентарного кровообращения определяет дальнейшую интенсивность роста плода.

Фетальный период. Продолжается от 9 недели до рождения. Он характеризуется тем, что развитие плода обеспечивается гемотрофным

питанием. В фетальном периоде целесообразно выделить два подпериода: ранний и поздний.

Ранний фетальный подпериод (от начала 9 недели до конца 28 недели) характеризуется интенсивным ростом и тканевой дифференцировкой органов плода. Воздействие неблагоприятных факторов обычно уже не приводит к формированию пороков строения, .

0.00но может проявляться задержкой роста и дифференцировки (гипоплазии) органов или нарушением дифференцировки тканей (дисплазии).

Поскольку иммунитет только начинает формироваться, то ответ на инфекции выражается соединительнотканскими и пролиферативными реакциями, приводящими к циррозам и фиброзам. Однако возможно и рождение незрелого, недоношенного ребенка. Совокупность изменений плода, возникающих в этом периоде, называется общим термином – « ранние фетопатии ».

Поздний фетальный подпериод начинается после 28 недели беременности и длится до начала родов. Поражения плода в этом периоде уже не

вливают на процессы формирования органов и дифференцировки тканей, но могут вызвать преждевременное прекращение беременности с рождением маловесного и функционально незрелого ребенка. При сохранении беременности может иметь место недостаточность питания плода (внутриутробная гипотрофия) или общее недоразвитие новорожденного ребенка.

Особенность повреждающего действия инфекции в этом периоде является совершенно определенной специфичность повреждения, т.е. возникновение уже настоящего инфекционного процесса с морфологическими и клиническими признаками заболевания, характерного для данного возбудителя. Наконец, поздний фетальный период обеспечивает процессы депонирования многих компонентов питания, которые не могут быть в достаточном количестве введены ребенку с материнским молоком. Так, депонированные соли кальция, железа, меди и витаминов В12 могут в течение нескольких месяцев поддерживать баланс питания грудного ребенка. Кроме того, в последние 10-12 недель беременности достигается высокая степень зрелости и защиты функций жизненно важных органов плода от возможных нарушений оксигенации и травматизма в родах, а накопленные при трансплантационной передаче иммуноглобулины матери обеспечивают высокий уровень пассивного иммунитета. В последние недели беременности также осуществляется созревание «сурфактанта», обеспечивающего нормальную функцию легких и эпителиальных выстилок дыхательного и пищеварительного трактов. Поэтому рождение ребенка даже с относительно малой степенью недоношенности очень существенно сказывается на его адаптационных возможностях и риске возникновения самых различных заболеваний.

Критические периоды в развитии плода – периоды, в течение которых плод особенно чувствителен к воздействиям различных факторов.

Основными критическими периодами для зародыша и плода человека являются:

Конец преемплантационного периода и период имплантации (первая неделя после зачатия)

Период образования зачатков органов (органогенез) – 3-6 неделя беременности

Период плацентации – 9-12 неделя беременности

Период фетогенеза – 18-20 и 22-24 недели беременности, когда возникают качественные изменения в биоэлектрической активности головного мозга, рефлекторных реакциях, гемопозе, продукции некоторых гормонов и организм плода как бы переходит в новое качественное состояние.

Нормальное развитие плода может быть обеспечено при условии раннего наблюдения за течением беременности, состоянием здоровья женщины, условиями ее жизни, т.к. именно в первые недели беременности эмбрион наиболее чувствителен к различным воздействиям внешней и внутренней среды. Поэтому один из важнейших аспектов антенатальной охраны плода – по возможности более раннее взятие беременной на учет.

У женщин, которые были взяты под наблюдение в ранние сроки беременности, перинатальная гибель плодов и новорожденных была в 2-2,5 раза ниже этих показателей в целом.

Диспансерное наблюдение за здоровьем беременной осуществляется женской консультацией. При проведении мероприятий по антенатальной охране плода и новорожденного необходима преемственность в работе между женскими консультациями и детскими поликлиниками. Патронажная медсестра детской поликлиники проводит за период беременности два дородовых патронажа к беременной женщине.

Первый дородовый патронаж осуществляется по возможности на ранних сроках беременности с целью установления тесного контакта между будущей матерью и персоналом детской поликлиники, обеспечения благоприятных условий жизни плоду.

При проведении патронажа медсестра знакомится с беременной женщиной, бытовыми и санитарно-гигиеническими условиями проживания, психологическим климатом семьи, собирает информацию о состоянии здоровья беременной, акушерском и семейном анамнезе, выявляя перинатальные факторы риска.

Во время беременности женщина должна категорически исключить употребление спиртных напитков, курение, прием каких бы то ни было лекарственных препаратов без консультации с врачом.

Рекомендуется ограничить жареное, жирное, соленое, копченое, острое, приправы, консервы, кофе, крепкий чай. В рационе желательны натуральные, свежеприготовленные блюда. Имеет значение ограничение продуктов, содержащих облигатные аллергены: мед, цитрусовые, клубника, малина, помидоры, красная рыба, яйца, шоколад. Особенно это важно для беременных, имеющих неблагоприятный аллергоанамнез.

Второй дородовый патронаж проводится обычно на сроке беременности 32-34 недели и его целью является, помимо контроля за состоянием здоровья беременной, выявление и решение ее проблем, подготовка молочных желез к лактации и проведение беседы, касающейся организации детской комнаты и приобретения детского "приданого".

Детская комната (уголок) должна находиться в светлом, сухом, хорошо проветриваемом помещении, где возможно проводить ежедневную влажную уборку (нет ковров, открытых книжных стеллажей). В этой комнате не должны жить животные. Детскую кроватку надо поставить в самом светлом месте комнаты, но не сквозняке. Матрац должен быть полужестким, обернут клеенкой и покрыт простышкой. Необходимо иметь пеленальный столик. Обычно им служит твердая поверхность детского комода для хранения белья.

Детские вещи желательно приобретать из натуральных тканей, приятных для глаз расцветок. На первое время достаточно будет иметь 10-12 тонких пеленок, 5-7 теплых пеленок, 5-7 тонких распашонок, 3-4 теплые распашонки, 5-7 ползунков, 2-3 чепчика, байковое и шерстяное одеяла, марлевые подгузники, памперсы (для пользования ночью, на прогулке, при посещении гостей и т.п.), в зависимости от времени года легкий или теплый комбинезон, шапочку, носочки. Детские вещи хранят отдельно от белья взрослых, стирают отдельно, гладят с обеих сторон, регулярно кипятят. Для стирки желательно использовать детское мыло, при применении специальных детских стиральных порошков тщательно прополаскивать белье.

Желательно заранее приобрести детскую ванночку и коляску, детскую аптечку.

Она должна включать в себя:

стерильную вату и марлю

3% раствор перекиси водорода

70% и 95% спирт

перманганат калия

вазелиновое масло

специальный жидкий детский крем или стерильное растительное масло

детскую присыпку

5% спиртовый раствор йода

2% раствор бриллиантового зеленого

специальные детские ножницы

термометры: медицинский, комнатный, водный

Возможно, понадобятся фитосбор для купания грудных детей, соски-пустышки, бутылочки, газоотводная трубка, резиновый грушевидный баллончик, интерферон, сметка.

Первые детские игрушки обязательно должны быть моющиеся (пластмассовые или резиновые), яркие, но однотонные, которые со 2-3 недели жизни ребенка будут подвешиваться на расстоянии 50-70 см, чтобы малыш мог их разглядывать.

При проведении патронажа медсестре необходимо справиться о самочувствии беременной женщины. В первую половину беременности у некоторых женщин могут отмечаться явления раннего токсикоза беременности, которые проявляются подташниванием, избирательностью в еде, обострением чувствительности вестибулярного аппарата, эмоциональной лабильностью.

Токсикоз первой половины беременности связан, как с гормональной перестройкой организма женщины, так и его адаптацией к процессу вынашивания плода. Легкие проявления раннего токсикоза физиологичны. В случае развития бурных клинических симптомов (тошнота, рвота, потеря аппетита, головокружение) необходимо обратиться за консультацией к врачу-гинекологу.

Во второй половине беременности у некоторых женщин могут развиваться проявления позднего токсикоза беременности (появление отечности, головные боли, связанные с повышением АД, появление в анализах мочи белка). Эти явления, в основном, связаны с избыточной нагрузкой на почки беременной, которым приходится очищать кровь и плода, и женщины. Любые проявления позднего токсикоза требуют консультации и постоянного наблюдения врача акушера-гинеколога.

При проведении первого дородового патронажа к беременной женщине необходимо провести беседу и дать рекомендации по режиму и диете беременной, наиболее благоприятных, как для здоровья женщины, так и для развития плода. Беременной желательно несколько снизить режим умственной и физической активности. Она должна полноценно отдыхать (сон 10 часов в сутки), избегать эмоциональных стрессов, психологического

перенапряжения. Если работа беременной связана с какими-либо профессиональными вредностями, то как можно в более ранние сроки необходимо обратиться к администрации организации и временно перейти на другой участок работы.

Беременной очень важно остерегаться каких-либо инфекционных заболеваний, поэтому необходимо не контактировать с больными или носителями инфекции. В период эпидемий желательнее не бывать в местах скопления людей.

Если беременность протекает без осложнений, то после консультации с врачом-гинекологом, можно рекомендовать легкие физические упражнения без поднятия тяжестей. Особенно полезна дыхательная гимнастика, упражнения, укрепляющие мышцы брюшного пресса и промежности беременной. Рекомендуются больше бывать на свежем воздухе, совершать пешие прогулки (инсоляция нежелательна).

Одежда беременной желательна из натуральных тканей, свободного покроя, обувь на низком каблуке.

Очень важным моментом является поддержание внутренней психологической гармонии, необходимо черпать из окружающего мира максимум положительных эмоций. Многое здесь зависит как от самой беременной женщины, так и от ее семьи, коллег по работе. Поэтому, по возможности, стоит донести эту информацию и до ее близких.

Калорийность суточного рациона беременной несомненно должна увеличиться в зависимости от срока на 20-50%. Очень полезны продукты, богатые животным белком, так как именно из аминокислот идет основное строительство клеток плода. Мясо-молочные продукты, рыба должны быть ежедневно в рационе беременной (мясо или рыба 200 граммов, творог 150 граммов, сыр 50 граммов, молоко или кисломолочные продукты 500 мл). Очень полезны так же продукты, богатые витаминами, растительной клетчаткой (свежие овощи и фрукты). Принимать пищу желательнее чаще, небольшими порциями (не реже 4 раз в день). В первую половину беременности употребление жидкости не ограничивают. Во второй половине беременности жидкость и соль ограничиваются. Целесообразность применения поливитаминов и препаратов кальция необходимо обсудить с лечащим врачом.

Очень важным моментом проведения второго дородового патронажа является обсуждение с беременной женщиной вопроса подготовки молочных желез к лактации. За период беременности молочные железы увеличиваются в размерах, поэтому очень важно подобрать лифчик, который бы не нарушал кровоснабжения желез. Во второй половине беременности у некоторых женщин возможно выделение из молочных желез молочнообразной жидкости. Это является физиологичным. Крайне важным моментом профилактики заболеваний молочной железы является тщательное соблюдение гигиенических правил ухода за ней. Улучшает кровообращение ткани молочной железы, а значит и ее трофику душ, массаж, которые могут быть рекомендованы. Частой проблемой, особенно первородящих женщин, являются трещины и потертости соска, которые могут возникнуть с первых дней грудного вскармливания и значительно затруднить его. Для профилактики подобных осложнений стоит использовать искусственные соски «огрубления соска».

Сестринские вмешательства:

При проведении первого и второго дородового патронажа восполнить дефицит знаний у беременной в вопросах организации рационального питания, режима и распорядка дня, характера физической нагрузки, рациональной одежды, приобретения детских вещей, аптечки, организации детской комнаты, способах стимуляции лактации

Провести беседу с беременной о необходимости избегать стрессовых ситуаций, контактов с инфекционными больными, табакокурения и употребления алкогольных напитков, возможных профессиональных вредностях

При возникновении у беременной физиологических или психологических проблем срочно обратиться за помощью к врачу-гинекологу

Осуществлять контроль за регулярным посещением беременной женщиной женской консультации

Краткая характеристика периода новорожденности

Период новорожденности продолжается от рождения по 28 день жизни, от рождения по 7 день – ранний неонатальный, с 8 по 28 день – поздний неонатальный. Период характеризуется адаптацией к внеутробному существованию, отпадением пуповинного остатка на 2-3 день, заживлением пупочной ранки к 7-10 дню, окончательным ее рубцеванием и появлением коммуникативной улыбки к концу периода.

Проблемами данного периода является совершенная беспомощность и зависимость от взрослых, а также – наличие пограничных состояний.

В неонатальном периоде проявляется врожденная патология, последствия родовых травм и инфицирования в родах.

Главными элементами ухода и воспитания считают рациональное грудное вскармливание по требованию ребенка с последующим установлением режима кормлений, правильный уход, любовь, ЗОЖ родителей.

Важная характеристика новорожденного - *гестационный возраст - это истинный возраст ребенка с момента его зачатия (в неделях).*

Недели гестации отсчитываются с первого дня последней менструации.

В зависимости от срока гестации новорожденные бывают:

доношенные - родились на 38 - 42 неделях гестации;

недоношенные - родились ранее 38 недель гестации;

переношенные - родились после 42 недель гестации.

Характеристика доношенного новорожденного

Доношенный ребенок - новорожденный, прошедший полный цикл внутриутробного развития (38-42 недели), имеющий массу тела не менее 2500 г, длину тела не менее 45 см и имеющий все признаки зрелости.

Срок гестации ребенка не всегда совпадает с его зрелостью. Зрелость плода и новорожденного - состояние, характеризующееся готовностью органов и систем к обеспечению его внеутробного существования.

Признаки морфологической зрелости новорожденного

Кожа розовая, бархатистая, с пушковыми волосками (лануго), обычно в области плечевого пояса.

Хорошо развит подкожно-жировой слой.

Длина головы составляет ¼ длины туловища.

Хрящ ушных раковин плотный, упругий.

Хорошо развит околососковый кружок молочной железы – 1 см и более.

Пупочное кольцо находится на середине расстояния между лонем и мечевидным отростком.

У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек большие половые губы прикрывают малые.

Ногти плотные, достигают края ногтевой фаланги.

Признаки функциональной зрелости

Флексорная поза - физиологический гипертонус мышц - сгибателей конечностей.

Двигательная активность – совершает хаотичные движения конечностями.

Активно реагирует на внешние раздражители (осмотр).

Крик громкий.

Удерживает постоянную температуру тела при адекватной температуре окружающей среды.

Хорошо выражены сосательный и глотательный рефлексы, а также другие безусловные рефлексы новорожденного.

Устойчивый и правильный ритм сердцебиения и дыхания: ЧСС 120-140 уд. в 1 минуту, ЧДД 40-60 в 1 минуту.

Удерживает пищу в желудке.

Кроме определения доношенности, состояние родившегося ребенка оценивают по шкале Апгар.

Шкала Апгар

Состояние новорожденного оценивается по шкале Вирджинии Апгар по пяти наиболее важным клиническим признакам на 1-й и 5-й минутах жизни новорожденного, что в динамике позволяет определить компенсаторные возможности организма ребенка.

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Частота сердцебиений	Пульс отсутствует	Менее 100 уд. в 1 минуту	120 - 140 уд. в 1 минуту

Дыхательные движения	Отсутствуют	Редкие нерегулярные отдельные судорожные	Хорошие, громкий крик
Мышечный тонус	Вялый	Конечности несколько согнуты	Активные движения
Рефлексы: реакция на носовой катетер или на раздражение	Отсутствует	Гримаса	Кашель, чихание или резкие движения ножками
Цвет кожи	Общая бледность или цианоз	Тело розовое, конечности синюшные	Всё тело розовое или красное

Если признак отсутствует или выражен слабо – 0 баллов, если выражен умеренно – 1 балл, если хорошо – 2 балла. Оценку состояния новорожденного проводят по сумме баллов:

- 8 – 10 – состояние удовлетворительное;
- 5 – 7 – состояние средней тяжести;
- 0 – 4 – состояние тяжелое.

Уход и вскармливание новорожденных

Сразу после рождения, ребенка выкладывают на живот матери, затем производят первичный туалет новорожденного и через 30 минут после рождения прикладывают к груди.

Первичный туалет

Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, сначала из ротовой полости, затем из носовых ходов, электроотсосом или резиновой грушей в момент рождения головки.

Профилактика гонобленорей: 30% раствор сульфацила натрия (альбуцид) или 2% раствор нитрата серебра по 1-2 капли закапывают в глаза, на слизистые оболочки половых органов и область ануса.

Обработка и перевязка пуповины после прекращения ее пульсации.

Обработка кожи стерильным растительным маслом.

Антропометрия. Измерение массы, длины тела, окружности груди и головы. Масса доношенного новорожденного в среднем составляет 3500±200г, длина тела 50±5 см, окружность головы 33 – 34 см, груди – 32 – 33см.

В родзале доношенный новорожденный в удовлетворительном состоянии находится 2 часа вместе с мамой, потом их переводят в послеродовое отделение. Температура в палате новорожденных должна быть 22-24 С.

Уход за новорожденным

Свободное пеленание, смена пеленок перед каждым кормлением.

Туалет пупочной ранки 1 раз в день до ее заживления: 3% раствор перекиси водорода, 70% раствор этилового спирта, 5% раствор перманганата калия.

Гигиеническая ванна: начинают после заживления пупочной ранки, t° воды – 37, 0° - 37,5° С, ежедневно, не более 5-7 минут.

Подмывание теплой проточной водой после каждого акта дефекации, девочек подмывают спереди назад.

Голову моют с мылом 1 раз в неделю.

Ежедневный утренний туалет новорожденного: умывание лица, осмотр полости рта на наличие кандидозного стоматита, обработка глаз, носовых ходов, слуховых проходов (по необходимости), естественных складок. Для обработки глаз и складок используют ватные шарики, для носа и ушей – ватные турунды (жгутики)).

Уход за ногтями - стригут по мере отрастания, но не реже 1 раза в неделю (на руках округло, на ногах прямолинейно). Ножницы с закругленными кончиками предварительно обрабатывают 70% раствором этилового спирта.

Прогулки: летом - с первого дня после выписки, зимой - при t° не ниже – 10° С, с 5-10 минут до 2 часов 2-3 раза в день.

Выкладывание на животик, воздушные ванны при t° 22° - 24° перед каждым кормлением.

Преимущества раннего прикладывания к груди:

происходит «созревание» молочной железы;

предупреждает развитие гипогалактии;

уменьшаются случаи мастита и рака молочной железы;

ускоряется послеродовое сокращение матки;

возникает импринтинг - особая эмоциональная связь между матерью и ребенком;

молозиво (грудное молоко в первые 2-3 дня после родов) содержит повышенное количество белка, витаминов и минеральных солей, что отвечает потребностям ребенка в первые дни жизни, когда он может высасывать только по 10-20 мл за одно кормление;

в молозиве повышенное количество иммуноглобулинов, они защищают малыша от инфекции;

стимулирует деятельность кишечника ребенка, подготавливает его к усвоению зрелого молока; стул ребенка первые 2 дня называется меконием, он скудный, темно-зеленого или оливкового цвета, вязкий.

Суточная потребность доношенного ребенка в грудном молоке в первые 10 дней жизни рассчитывается по формуле Финкельштейна:

сут = п x 70 (80), где п - день жизни
(70 - при массе < 3200, 80 - при массе > 3200).

После 10 дней жизни суточный объем употребления грудного молока новорожденным составляет 1/5 от его массы тела. До 1 месяца (28 дней) придерживаются принципа свободного грудного вскармливания «по требованию ребенка», далее постепенно переходят на определенный режим кормления.

Если необходимо рассчитать разовый объем пищи, то суточный объем делят на число кормлений (6-7 раз в сутки).

После кормления в течение первых 1-1,5 месяцев оставшееся молоко необходимо сцеживать (до установления стабильной лактации).

Для предотвращения срыгиваний после каждого кормления ребенка надо поддержать вертикально 5-10 минут и уложить в кроватку на бочок.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №2

Тема: Период младенчества

Цель: формирование у студентов навыков работы с детьми первого года жизни.

Вопросы для рассмотрения:

Период грудного возраста. Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Проведение антропометрических измерений и оценка полученных результатов. Оценка физического развития детей грудного возраста.

Обучение родителей и окружение ребенка правилам и технике кормления детей. Составление примерного меню для ребенка грудного возраста при разных видах вскармливания.

Обучение основным гимнастическим комплексам и массажу.

Составление рекомендаций по режиму дня, выбору игрушек и игровых занятий для детей грудного возраста.

Составление рекомендаций по закаливанию ребенка.

Обучение родителей и окружения ребенка принципам создания безопасной окружающей среды.

Основные понятия темы:

Характеристика грудного возраста

Грудной (младенческий) возраст продолжается с 29-го дня жизни до 1 года. Характеризуется очень интенсивным обменом веществ, бурным ростом (масса + 7 кг, длина + 20-25 см) и активным психомоторным развитием.

Основными проблемами данного периода являются полная беспомощность, нерациональное вскармливание; особенности иммунитета: в 1 п/г – пассивный от матери, во 2 п/г – постепенное формирование активного иммунитета, что способствует повышению восприимчивости к инфекциям.

При несвоевременном решении проблем у ребенка могут возникнуть такие заболевания как: дисфункции ЖКТ, анемии, рахит, диатезы, ОРВИ бывают редко, но с осложнениями.

Основными элементами ухода и воспитания являются: рациональное вскармливание, любовь, внимание, забота, правильная реакция на плач ребенка.

АФО нервной системы

К моменту рождения ребенка НС наименее развита и дифференцирована. «Дозревает» прижизненно. Обладает большей пластичностью по сравнению с НС взрослого. Безусловные рефлексы новорожденного:

- стойкие пожизненные автоматизмы (глотательный, мигание глаз)

- физиологические рефлексы новорожденного выявляются только в первые месяцы жизни и затем исчезают (хватания, обхватывания, автоматизма ходьбы, автоматизма ползания).

Отсутствие этих рефлексов у новорожденного, а также их сохранение после 4 - 5 месяцев жизни свидетельствуют о патологии нервной системы.

Все органы чувств к моменту рождения функционируют.

В 2 - 3 недели вырабатываются первые простые условные рефлексы.

После 3-х месяцев условные рефлексы вырабатываются быстро, легко, прочно и устойчиво; ребенок может быстро приобрести определенные навыки поведения и привычки надолго или навсегда. Т.о. формируется первая сигнальная система.

С 6-7 месяцев до 1,5-2 лет у малыша формируется вторая сигнальная система, т.е. речь.

Поведение и воспитание ребенка первого года жизни. Формирование речи

Новорожденный ребенок в основном спит. К концу месяца вырабатываются элементарные условные рефлексы: успокаивается, если взять на руки, на ласковую речь. Начинает следить за движущимся предметом, но быстро его теряет.

Рефлексы новорожденного не являются основой его психического развития. Все человеческие формы поведения складываются прижизненно под воздействием взаимодействия с взрослыми.

Новорожденного необходимо правильно «воспитывать»:

- много разговаривать с ним ласковым голосом;

- часто брать на руки, прикасаться, гладить спинку, животик;

- не оставлять без внимания его плач;

- адекватно удовлетворять все его жизненно-важные потребности.

При таком «правильном воспитании», у малыша к концу первого месяца появляется осознанная улыбка, адресованная маме (коммуникативная). Т.о., начиная со 2-го месяца жизни, младенец овладевает способностью к общению с взрослыми.

После месяца увеличивается период бодрствования.

Малыш следит за игрушкой глазами, рассматривает игрушку, висющую над ним, сосредоточивает взгляд на лице взрослого, появляется «гуление» в ответ на мелодичную речь.

Игрушки следует подвешивать на расстоянии 50 - 70 см от груди, они должны быть крупные, яркие, простой формы, немногочетные, т.к. обилие цветов утомляет ребенка. С 1 - 1,5 месяцев обязательно необходимо ежедневно проводить массаж, сопровождая все свои действия ласковой речью.

К 3 месяцам появляется «комплекс оживления» - радостное поведение младенца при виде взрослого. " " "

Комплекс оживления (КО) включает 4 компонента:

- замирание и зрительное сосредоточение - долгий пристальный взгляд на взрослого;

- улыбка, выражающая радостные эмоции ребенка;

- двигательное оживление - движение головы, вскидывание ручек и ножек, прогибание спины;

- вокализации – вскрики (громкие, отрывистые звуки), гуканье (тихие короткие звуки типа «кх»), «гк»), и гуление (протяжные звуки,

напоминающие пение птиц – «гуу-лллиии и пр.)

КО имеет активную функцию, призывает взрослого к общению, его необходимо поддерживать.

В возрасте 3-4 месяцев ребенок большую часть бодрствования должен проводить в положении на животе, это способствует нормальному психомоторному развитию:

- укрепляет мышцы спины, шеи, рук;

- малыш готовится учиться ползать, а ползание гармонично развивает все группы мышц малыша;

- улучшается обзор находящихся вокруг предметов;

- способствует отхождению газов при метеоризме.

Малыш учится захватывать игрушки в кулачок, подносит их к лицу, тянет в рот. Поэтому игрушки должны быть удобные для захватывания кулачком, подвешивать их надо в кроватке над грудью на уровне вытянутой руки, прикладывать к ладошкам, побуждая захват. Форма и материал должны исключать травмирование ребенка.

Во втором полугодии ребенок начинает понимать речь («ладушки», «до свидания», названия многих предметов, находит их взглядом на вопрос взрослого «где?»). Такое понимание речи называют пассивной речью.

Начинает произносить слоги «ба-ба-та» «ма-ма-да-да». Вокализации такого типа, воспроизводящие звуки речи, называют лепетом.

С ребенком данного возраста следует много разговаривать, называть ему все предметы и действия с ними, комментировать вслух все моменты ухода. Игрушки должны быть более разнообразными, сложными, звучащими, двигающимися, разборными, из различных материалов (пластмассовые, меховые, резиновые). Их уже не подвешивают, а выкладывают в кроватку, манеж, на пол.

Для развития действий с предметами ребенку необходимо давать различные коробочки, ведра с крышками, кастрюльки, пирамидки, матрешки - все, что можно открывать – закрывать, чем-то заполнять, выкладывать – выкладывать, надо показать ему возможности манипулирования с этими предметами. Все, что ребенок делает руками – собирает или разбрасывает игрушки, трогает, ощупывает, ломает, опрокидывает предметы, рвет бумагу – развивает его интеллект и творческие задатки.

С 10 месяцев ребенку надо показывать картинки, читать книжки-потешки.

К году появляется активная речь, малыш произносит 8 - 10-12 упрощенных слов. Формирование речи обязательно проходит поэтапно:

- коммуникативная улыбка в 1 - 2 месяца;

- «гуление» в 3 - 4 месяца;

- «лепет» в 6 - 7 месяцев;
- с 7 месяцев - понимание речи взрослого.

И только после этого появляются первые слова. Если ребенок в 2 месяца не улыбается, в 3-4-5 – не «гулит», то вероятность того, что в год он скажет первое слово, почти равна нулю.

При правильном воспитании ребенок к году имеет ряд навыков (сформированное умение, доведенное до автоматизма). Навыки постепенно совершенствуются, перерастают в привычки, т.е., в потребность поступать определенным образом.

При воспитании у малыша положительных навыков и привычек следует придерживаться принципов:

- последовательность, систематичность;
- единство требований;
- сочетание требовательности с уважением к ребенку.

4. Режим дня

1. Полноценный сон - залог и условие оптимального использования времени бодрствования для гармоничного развития ребенка:

- новорожденный в течение дня засыпает от 4 до 11 раз;
- младенец 5-10 месяцев днем спит 3 раза;
- 10 – 18 месяцев - 2 раза;
- с 2-х лет - 1 раз;
- в 3 года ребенок должен спать 11-12 часов в сутки, после 4-х лет дневной сон сохраняется не у всех детей;
- в пубертатном возрасте сон должен быть не менее 8 часов в сутки.

2. Бодрствование:

- к 3 месяцам ребенок может бодрствовать до 1,5 часов;
- к 1 году - до 3 часов;
- к 3-м годам - до 5,5 – 6 часов.

3. Чередование, последовательность компонентов режима дня в грудном возрасте: пробуждение > кормление > бодрствование > сон до следующего кормления.

Преимущества естественного вскармливания:

Грудное молоко содержит все необходимые ингредиенты в оптимальных соотношениях Б:Ж:У=1:3:6

В коровьем молоке больше белка, но он грубодисперсный (казеин), поэтому трудно расщепляется и усваивается, а белок грудного молока мелкодисперсный, практически не требует ферментов для расщепления и соответственно очень хорошо усваивается, поэтому значительно реже у грудничков развиваются аллергические реакции

Белки женского молока содержат все необходимые аминокислоты

Женское молоко содержит защитные антитела против различных инфекций

Содержит значительно больше ненасыщенных жирных кислот, повышающих сопротивляемость к инфекциям

Больше молочного сахара (лактозы), способствующего развитию мозга, нормализации микрофлоры кишечника

Меньше минеральных солей по сравнению с составом коровьего молока (соли перегружают почки, способствуют в дальнейшем развитию гипертонии)

Оптимальное количество витаминов, микроэлементов, ферментов

Грудное молоко стерильно (ниже риск развития кишечных инфекций)

Содержит лецитин, способствующий размножению клеток мозга

На искусственном вскармливании закрепляется повышенная потребность в пище – риск ожирения в более старшем возрасте.

Физическое (биологическое созревание и старение) и половое развитие быстрее у искусственников, а психическое наоборот (интеллект, дарование - для их реализации необходимо вскармливание грудью не менее 6 месяцев)

Ребенок накапливает (депонирует) в подкожно-жировой клетчатке лучше компоненты грудного молока и потом использует их в течение нескольких лет (для работы мозга)

Сосание способствует правильной артикуляции, правильному формированию челюстно-лицевого черепа. У грудничков реже нарушения речи.

Преимущества раннего, в течение первых 30 минут после рождения, прикладывания к груди:

Для матери:

1. Способствует быстрому сокращению матки, снижая риск кровотечения, и быстрому восстановлению сил;
2. Стимулирует длительную лактацию;
3. Снижает риск развития мастита
4. Ранний контакт стимулирует чувство материнства.

Для ребёнка:

1. Способствует формированию нормальной микрофлоры кишечника
2. Формируется надежная иммунологическая защита (на вторые сутки жизни ребенка число антител в молоке матери уменьшается в 2 раза)
3. Стимуляция сосательного рефлекса
4. Тесный психологический и эмоциональный контакт с матерью в первые часы после перенесенного стресса - рождения

Правила первого прикладывания к груди.

Первый раз ребёнка выкладывают на живот матери голеньким и накрывают стерильной простыней ещё до окончания пульсации пуповины (если позволяет состояние здоровья ребёнка и матери)

Малоэффективно прикладывание к груди или создание кожного контакта через 2 – 3 часа.

Рекомендации кормящей матери:

Правильный режим дня: сон не менее 8 часов в сутки, дневной сон 1,5 – 2 часа, прогулки на свежем воздухе, умеренные физические нагрузки, положительный эмоциональный настрой, избегание стрессовых ситуаций

Количество жидкости в рационе увеличивается примерно на 1 литр

Калорийность суточного рациона должна быть увеличена на 50% по сравнению с рационом не кормящей женщины данного возраста.

Ежедневно необходимы мясо и (или) рыба, молочные продукты (творог, сыр), витамины. Питание 4-5 раз в сутки (столько раз, сколько кормит ребенка), небольшими порциями, для стимуляции выработки молока за 10-15 минут до кормления выпить стакан чая с молоком и с сыром.

Воздерживаться от приема продуктов, изменяющих запах и вкус молока (свежий лук, чеснок)

Никаких лекарств до консультации с врачом

Не злоупотреблять газообразующими (огурцы, виноград), послабляющими (слива, свекла) и закрепляющими (орехи, груша), аллергизирующими (клубника, ананас, красная рыба, яйца, мед) и тонизирующими (крепкий чай, кофе, шоколад) продуктами

Длительность, полноценность лактации значительно зависят от анамнеза вскармливания самой женщины.

Правила кормления грудью:

Обмыть грудь под проточной водой, убрать длинные волосы

Принять удобное положение – сидя, лежа на боку

Проследить за тем, чтобы ребенок находился в комфортных условиях, и его ничто не отвлекало от процесса кормления (чистый, сухой, тепло одетый)

Убедиться, что носовое дыхание ребенка свободное (при необходимости удалить корочки из носа)

Следить, чтобы при сосании ребенок захватывал не только сосок, но и околососковый кружок и чтобы он не упирался носом в молочную железу

При жадном сосании и (или) активном вытекании молока струей периодически держать ребенка вертикально несколько минут, а затем вновь прикладывать к груди

При вялом сосании, засыпании ребенка во время кормления будить его (гладить щечку, щекотать пяточки)

Продолжительность первых кормлений обычно составляет 30-40 минут (это период формирования лактации), затем в среднем занимает 20 минут (в первые 5 минут кормления ребенок высасывает 50% объема молока)

Если количества молока в одной молочной железе недостаточно для удовлетворения потребностей ребенка, то его прикладывают к другой, а в следующее кормление меняют последовательность

После кормления ребенка необходимо подержать 3-5 минут вертикально для профилактики срыгивания

Обмыть молочную железу

Расчёт суточного количества молока:
В первые 2 недели жизни ребенка
Количество молока в сутки равно $70 \times n$, если масса тела при рождении менее 3200 грамм и $80 \times n$, при массе тела более 3200 грамм, где n – день жизни

С 2 недель до 2 месяцев – $1/5$ массы тела
2 мес. – 4 мес. – $1/6$ масса тела
4 мес. – 6 мес. – $1/7$ массы тела
С 5 мес. Суточный объём примерно равен 1 литру, а разовый 200 мл.

Краткость кормления (при вскармливании по режиму)
Новорожденного – 6-7 раз в сутки (каждые 3 часа с ночным перерывом в 6 часов)
С 1 мес. до 5 мес. – 6 раз/сутки
С 5 мес. до 1 года – 5 раз/сутки (интервал между кормлениями 4 часа)

Затруднения при вскармливании грудью:
Со стороны ребенка:
Ринит с нарушением носового дыхания (отсасывание секрета, удаление корочек из носа, использование сосудосуживающих капель перед кормлением)

Молочница (кандидозный стоматит) – обработка слизистой полости рта 2% раствором пищевой соды после каждого кормления
Отсутствие сосательного рефлекса (недоношенный ребенок) – кормление с ложечки или через зонд
Со стороны матери
Плоский, втянутый сосок (используются специальные накладки, чтобы облегчить ребенку захват)
Потертости и трещины соска (правильное прикладывание к груди, чтобы ребенок давил на ареолу, а не тянул сосок, специальные мази – бипантен)

Застой молока – правильное кормление и сцеживание молока, использование молокоотсоса
Гипогалактия
Гипогалактия – снижение лактации, очень частая в настоящее время проблема кормящих женщин.
Возможные признаки развития гипогалактии:
Ребенок стал беспокойным, плохо спит, не выдерживает интервал между кормлениями
Снизился суточный диурез (стал реже мочиться)
Низкие весовые прибавки, плоская весовая кривая
Субъективное ощущение «пустой» молочной железы у женщины
Диагностика гипогалактии – проведение контрольного кормления, когда ребенок взвешивается до прикладывания к груди и после, разница в весе сравнивается с нормой питания, полученной для данного ребенка по формуле

Профилактика и лечение гипогалактии:
Пропаганда грудного вскармливания, психотерапия
Профилактика трещин и мастита
Соблюдение режима питания и режима дня, поддержка других членов семьи
Отвар крапивы (20 гр.сухих листьев на литр кипятка, настоять 45 минут и пить по 1 ст.л. 3 раза в день), плоды аниса, укропа, душицы, лактогонные сборы трав

Медикаментозные средства: витамины «Е», «А», «РР», «С», гевдевит, аевит, пренатале, матерна, сухие пивные дрожжи, апилак, микродозы йода

Более частые прикладывания к груди, прикладывание к обеим грудям за одно кормление
Кварцевые облучения, УВЧ, массаж, иглорефлексотерапия

Различают такие витаминные и белковые добавки, как:
Фруктовые соки (пюре) - яблочный, из белой черешни, из белой смородины, абрикосовый, персиковый, грушевый, сливовый (даны в порядке предпочтения). Начинают вводить в рацион с капель, постепенно увеличивая количество до 40-60 мл. Желательно чтобы первые соки ребенка были натуральными и свежими (домашнего приготовления)

Творог (кальцинированный) так же желателен домашнего приготовления - на 200 мл молока в момент закипания добавляется 1-2 столовые ложки $CaCl_2$, затем откидывается на марлю, или молочной кухни, специального детского питания. Начинают вводить в рацион с крупинок и доводят до 40 грамм в сутки

Яичный желток вкрутую сваренного яйца. С крупинок до $1/12$ – $1/8$ добавляют в молоко или овощное пюре (с осторожностью вводить в рацион аллергиков)

Прикорм – это качественно новый вид питания ребенка, который полностью заменяет одно из кормлений и дается до прикладывания к груди или дачи молочной смеси.

Чаще в качестве первого прикорма используют овощное пюре (картофель, капуста, кабачок, тыква, и в последнюю очередь морковь). Начинают с 1 – 2 чайных ложек и постепенно в течение 1- 2 недель заменяют полностью 1 кормление (это примерно 150 мл). Далее 2 -3 недели не вводя ничего нового – период адаптации

Через месяц вводят второй прикорм – кашу (предпочтительнее начинать с безглютеновых злаков – рис, кукурузная, гречневая мука). Наиболее удобны сухие растворимые каши: они обогащены витаминами, кальцием, железом, имеют гарантированный состав и безопасность. У детей с хорошим весом прикормы начинают с овощей, при дефиците веса первым прикормом становится каша. В овощное пюре обычно вводится 5мл растительного масла (желательно чередовать подсолнечное, оливковое, кукурузное), а в кашу сливочное.

Мясо отварное (телятина, кролик, индейка) дважды пропускается через мясорубку и дается ребенку, начиная с 1 чайной ложки, постепенно доведя количество до 60-80 грамм в сутки, обычно в третье кормление

С момента введения первого прикорма ребенок переходит на 5-ти разовое питание. Прикормы необходимо разделять кормлениями грудью, обычно первое, третье и последнее кормление – грудное молоко или молочная смесь, второе – каша, а четвертое – овощи.

В 9 – 10 месяцев вводят 3 прикорм: неадаптированные молочные продукты: молоко, кефир, йогурты и полностью грудным остается только первое и последнее кормление.

Таблица сроков введения прикормов, пищевых добавок

Вид продукта	Сроки введения	Количество
Овощное пюре	Не ранее 5 – 6 мес.	С 1 – 2 ч.л. до 150 мл
Каша	Не ранее 5 – 6 мес.	С 1 – 2 ч.л. до 150 мл
Мясной фарш	С 7 – 8 мес.	С 5 до 20 гр., к году - до 80г
Яичный желток	С 6 – 8 мес.	С 1/12 сваренного вкрутую желтка
Творог	С 6 – 8 мес.	Не более 50 грамм
Хлеб	Старше 7 мес.	Кусочек
Соки фруктовые	Не ранее 4 – 5 мес.	С 5 капель до 100 мл
Растительное масло	С 5 – 6 мес.	3 - 5 грамм
Сливочное масло	С 6 мес.	5 грамм
Цельное коровье молоко	Не ранее 9 – 10 мес.	

Правила отнятия от груди:

Рекомендуемый возраст ребенка – старше 1 года

При правильной организации питания к 1 году грудное молоко уже теряет свою значимость как источник питания, его количество в детском рационе ребенка составляет не более 200-300 мл и сложности отнятия от груди связаны только с психологической зависимостью ребенка от процесса кормления (защита, положительные эмоции, сон)

Не отнимать от груди ребенка, находящегося в стрессовом состоянии: во время болезни, проведении профилактических прививок, если предстоит длительная поездка (в поезде, например), смена обстановки и окружения ребенка, в жаркое время года (молок продолжает оставаться для ребенка источником жидкости), в первые недели пребывания ребёнка в ДДУ

При значительном количестве молока женщине рекомендуется уменьшить количество жидкости в рационе, тугое бинтование молочной железы

Нежелательно длительное сохранение грудного вскармливания (у детей старше 3 лет), т.к. это затрудняет процесс социализации личности ребенка, развития самостоятельности

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №3.

Тема: Преддошкольный и дошкольный период

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях ребенка в преддошкольный период, подготовка к школе.

Вопросы для рассмотрения:

Период преддошкольного дошкольного возраста.

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Проведение антропометрических измерений и оценка полученных результатов. Оценка физического и нервно-психического развития.

Составление примерного меню, рекомендаций по режиму дня, выбору игрушек, игровых занятий для детей преддошкольного и дошкольного возраста. Составление рекомендаций по адаптации в детском дошкольном учреждении.

Обучение родителей ребенка и его окружения принципам закалывания, применяемым для детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Обучение родителей и окружения ребенка принципам создания безопасной окружающей среды для детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Основные понятия темы:

Краткая характеристика периода

Период от 1 года до 7 лет называют периодом молочных зубов.

Преддошкольный возраст или старший ясельный продолжается от 1 года до 3 лет; характеризуется интенсивным замедлением роста, дозреванием ЦНС, ребенок овладевает речью и навыками самообслуживания, исчезает пассивный иммунитет.

Особенности и проблемы периода - высокая двигательная активность, любознательность, расширение круга контактов; следствием чего являются повышенный риск травматизма и инфекционных заболеваний.

Дошкольный возраст продолжается от 3 до 7 лет; характеризуется первым вытяжением, усиленным развитием скелета, началом смены молочных зубов, интенсивным развитием интеллекта.

Проблемы периода те же, что и преддошкольного, а к риску травматизма и инфекций добавляются заболевания органов дыхания и нарушение осанки.

Основами ухода и воспитания детей в период молочных зубов является профилактика травм и инфекций, воспитание похвалой, а не наказанием, поддержка стремления малыша «Я сам!», подготовка к детскому саду и к школе, сон – не менее 10 часов в сутки, общение со сверстниками.

Анатомо-физиологические особенности органов и систем

Нервная система характеризуется дальнейшим развитием и созреванием, расширением условно-рефлекторных связей, становлением и

развитием второй сигнальной системы - речи. Дети этого возраста коммуникабельны, активно вступают в контакт, испытывая возрастающую потребность в общении. Они чрезвычайно любознательны, эмоциональны, проявляют привязанность к родителям.

Дети до 3 лет удовлетворяются общением с родителями. Старше 3 лет нуждаются в общении со сверстниками. Поэтому целесообразно, чтобы ребенок с 3 лет посещал детское дошкольное учреждение.

Кожа и её придатки продолжают развиваться. Совершенствуется терморегуляторная, выделительная и защитная функции. Отмечается снижение функции сальных желез, уменьшение количества и выраженности кожных складок (к 5-6 годам они сглаживаются и исчезают).

Отмечается значительный рост и выраженность бровей и ресниц, иногда происходит изменение цвета волос.

Ребенка необходимо обучать навыкам самогигиены (подмывание, умывание, чистка зубов) и пользованию горшком.

Гигиеническая ванна в холодное время года может проводиться не реже:

в 1 - 4 года - 2 раза в неделю;

с 4 лет - 1 раз в неделю.

Костно-мышечная система. К 2 годам заканчивается формирование молочного прикуса — 20 молочных зубов. С 5 лет начинается смена их на постоянные (в 6 лет - не менее 1-го постоянного зуба, в 7 лет - не менее 4-х).

Позвоночник до 1,5 лет растет равномерно, затем рост шейных и верхнегрудных позвонков замедляется, а с 5 лет рост позвоночника снова становится равномерным.

К 4 годам заканчивается формирование затылочной и височной костей.

В костях еще много сохраняется хрящевой ткани, что обеспечивает их гибкость и подвижность. Однако несформировавшиеся кости, в том числе и позвоночник, легко искривляются и деформируются. Для предупреждения деформаций костей особое внимание следует уделить:

- рациональному питанию
- соблюдению осанки
- достаточной двигательной активности
- адекватным физическим нагрузкам
- правильному подбору мебели и игрушек.

Характерно развитие мышечной системы, нарастание силы, ловкости и массы мышц. Развитие крупных и средних мышц происходит быстрее (обеспечивают бег, ходьбу), а мелких мышц, а, следовательно, и мелкой моторики, медленнее и продолжается до 9-10 лет.

Дыхательная система значительно развивается, совершенствуется функция газообмена в легких.

К 2 годам формируются придаточные пазухи носа.

До 3 лет дыхательные пути остаются относительно узкими, а слизистая - нежной, слабозащищенной. Создаются условия для заболеваний респираторными инфекциями. Поэтому пик заболеваемости ОРВИ, бронхитами, пневмониями приходится на возраст 1-3 года.

Тип дыхания:

к 2 годам - диафрагмально - грудной;

к 5 годам - грудной.

Частота дыхания: в среднем 25-30 в 1 минуту.

Дыхательная аритмия сохраняется до 2-3 лет.

При выслушивании до 2-3 лет определяется пуэрильное дыхание, затем постепенно дыхательные шумы ослабевают и к 7 годам оно становится как у взрослых - везикулярное.

Сердечно-сосудистая система увеличивается в размерах, обогащается более разветвленной сетью капилляров.

Пульс составляет:

1 - 3 года - 105 - 115 уд. в 1 мин.

4 - 6 лет - 90 - 100 уд. в 1 мин.

АД составляет:

до 5 лет - $80 + 2п$, п - число лет ребенка;

в 5 лет - 100 мм рт. ст.;

старше 5 лет - 100 + п.

Пищеварительная система значительно увеличивается в размерах, совершенствуются ее функции - ферментативная, двигательная, всасывающая и др.. Слизистая остается по-прежнему уязвимой и при нарушении питания это проявляется симптомами диспепсии.

К 2 годам достигают полного развития слюнные железы, расширяется вкусовое восприятие, появляются индивидуальные пищевые пристрастия. Длина пищевода к 5 годам - 16 см; емкость желудка: в 2 года - 300-400 мл, в 3 года - 400-500 мл, в 5-6 лет - 1000 мл.

В кишечнике сохраняется нормальная микрофлора. Стул урежается до 2 раз в сутки, а после 3 лет - 1 раз в сутки.

Значительно улучшаются функции печени, но остаются менее совершенными, чем у взрослых.

Мочевыделительная система претерпевает значительные изменения. К 5-6 годам почки становятся анатомически зрелыми, хотя функции их еще несовершенны.

Суточный объем мочи составляет:

до 5 лет - $600+100(п-1)$

старше 5 лет $100(п+5)$.

Разовый объем мочи составляет 90-120 мл в сутки.

Относительная плотность мочи -1010-1020.

Частота мочеиспусканий 8-10 раз в сутки.

Произвольное мочеиспускание формируется: у девочек к 1,5-2 годам;

у мальчиков к 3-3,5 годам.

Особенности питания

Питание детей старше одного года претерпевает значительные изменения. Это связано с развитием жевательного аппарата, увеличением объема желудка, возрастанием функциональных возможностей пищеварительной системы. Однако во многом структура и функции ЖКТ несовершенны. Поэтому по-прежнему сохраняется необходимость щажения органов пищеварения, строгого контроля качества продуктов и их кулинарной обработки.

1. Ежедневно в рацион должны входить молоко, мясо, масло, хлеб, сахар, соль, овощи, фрукты и ряд других продуктов.

2. Рыбу, творог, яйца рекомендуется давать через 1-2 дня.

3. Животные белки должны составлять от суточного количества белка:

1-3 года - 75%;

4-6 лет - 65%.

4. Молоко должно составлять не менее 0,5 л в сутки, творог - 50 г в сутки.

5. В питании необходимо использовать кисломолочные продукты: кефир, простоквашу, ряженку, варенец.

6. Мясные блюда надо готовить из мяса нежирных сортов в виде тефтелей, котлет и т. д.

7. От суточного количество жиров не менее 10-15 % должны составлять растительные масла.

8. В меню должны быть сырые овощи и фрукты, ягоды, зелень, соки.

9. Крупяные и макаронные изделия рекомендуется давать не чаще 1 раза в день.

10. К 2 годам в меню можно ввести черный хлеб, сыр, сельдь, колбасу, квашеную капусту, огурцы, помидоры.

11. Нежелательно давать жирное мясо, острые блюда, копчености, крепкий чай и кофе, горчицу, уксус, маргарин; следует ограничивать

сладости.

Сохраняет свое значение режим питания.

Рекомендуется к 1,5 годам перейти на 4 разовое питание: завтрак, обед, полдник и ужин.

Следует придерживаться следующих рекомендаций:

1. Ежедневно ребенок должен получать 2 овощных и 1 крупяное блюдо.
2. В первой половине дня целесообразно давать мясо, рыбу, бобы; во 2-ю половину - творог, каши, овощи.
3. Предпочтительнее вареные и печеные блюда, реже поджаренные.
4. Калораж распределить так:
 - завтрак - 25%
 - обед - 35-40%
 - полдник - 10%
 - ужин - 20-25%.
5. Соотношение белков, жиров и углеводов:
 - 1 - 3 года = 1 : 1,2 : 4
 - 3 - 6 лет = 1 : 1 : 1,5.

6. В меню обязательно должны входить горячие супы и борщи, горячие гарниры.

Для введения нового блюда - 2-3 дня, чтобы ребенок привык к нему.

Внешний вид блюд должен быть привлекательным и возбуждать аппетит.

Подготовка к поступлению в детское дошкольное учреждение

У детей старше 3 лет возникает потребность общаться со сверстниками, участвовать в сюжетно-ролевых играх. Целесообразно, чтобы ребенок старше 3 лет посещал ДДУ.

Сразу это делать не рекомендуется. Необходимо подготовить ребенка к перемене обстановки, к расставанию с близкими.

Подготовка включает следующие мероприятия:

1. Максимальное приближение домашнего режима к режиму ДДУ.
2. Ликвидация вредных привычек (укачивание, кормление из бутылочки, пользование пустышкой).
3. Обеспечение основных навыков опрятности и самообслуживания.
4. Обеспечение предварительной вакцинации в полном объеме для данного возраста.
5. Проведение оздоровительных мер (при анемии, диатезе, частых ОРВИ).
6. Проведение санитарно-просветительной работы с родителями.
7. Постепенное увеличение длительности пребывания ребенка в ДДУ:
 - в течение первой недели – 3 - 4 часа в день (до обеда);
 - в течение второй недели – 5 - 6 часов (до дневного сна);
 - с третьей недели – 8 - 9 часов, т. е. полный день.

Необходимо помнить, что адаптация протекает индивидуально, а, значит, требуется различный подход.

Профилактика инфекционных заболеваний

Предупреждение инфекционной заболеваемости у детей - важнейший аспект работы медсестры детской поликлиники и ДДУ.

Неспецифическая профилактика включает:

1. Организацию рационального питания.
2. Правильный уход за ребенком (организация режима дня, прогулок, соблюдение личной гигиены).
3. Исключение контактов с инфекционными больными.
4. Адекватные физические нагрузки.
5. Закаливающие мероприятия.

Специфическая профилактика - это предупреждение того или иного конкретного инфекционного заболевания. Проводится в виде профилактических прививок с целью активной иммунизации детей.

Смысл прививки: ввести ребенку ослабленного возбудителя, который не вызовет заболевания, но стимулирует специфическую иммунную реакцию антиген-антитело с образованием специфических антител.

Результат - формирование активного иммунитета разной стойкости. Вследствие этого у ребенка при повторном контакте с возбудителем возможны следующие исходы:

- отсутствие заболевания;
 - атипичная, легкая, стертая форма заболевания без осложнений и с гарантированным сохранением жизни ребенка.
- Возможны местные и общие реакции на прививку. График введения вакцин называют календарем профилактических прививок.

Группы риска при проведении иммунопрофилактики:

1. Дети с аллергическими заболеваниями кожи, слизистых (экзема, нейродермит, бронхиальная астма). Дети с аллергической реакцией на ранее проведенные прививки.
2. Дети, перенесшие заболевания нервной системы (нейроинфекция, ч/м травма), у которых ранее были судорожные припадки.
3. Дети, часто болеющие ОРВИ, длительно болевшие заболеваниями легких, сердца, ЖКТ, печени, почек.

Необходимо помнить, что на этот возраст приходится пик не только инфекционных заболеваний, но и травматизма:

1. Необходимо беседовать с ребенком об основных опасностях, поджидающих его дома, на улице, в детском саду, и о том, как их избежать.
2. Обучить ребенка правилам дорожного движения.
3. Научить ребенка тактике поведения с незнакомыми людьми в разных ситуациях.

Медсестра должна убедить родителей в том, что от их внимательности, ответственности и понимания зависит здоровье, а зачастую и жизнь ребенка.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №4.

Тема: Период школьного возраста

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях ребенка в период школьного обучения, его развития.

Вопросы для рассмотрения:

Период школьного, подросткового и юношеского возраста.

Выявление проблем, связанных дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья. Проведение антропометрических измерений.

Оценка физического, нервно-психического и полового развития детей младшего и старшего школьного возраста.

Обучение родителей ребенка и его окружения принципам создания безопасной окружающей среды.

Составление рекомендаций по режиму дня, питанию для детей школьного возраста. Составление рекомендаций по адаптации к школе, оценка адаптации.

Обучение родителей ребенка и его окружения принципам здорового образа жизни.

Основные понятия темы:

ПЕРИОД МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Анатомо-физиологические особенности детей младшего школьного возраста

Период младшего школьного возраста продолжается в течение 5—6 лет (с 6—7 до 11—12 лет) и характеризуется дальнейшим совершенствованием физиологических функций органов и систем ребенка.

Центральная нервная система. В младшем школьном возрасте продолжает развиваться и совершенствоваться центральная нервная система; совершенствуется, прежде всего, анализаторская и синтезирующая деятельность коры головного мозга, закрепляются реакции активного торможения, что связано и с увеличением массы головного мозга (примерно в 3 раза к 7 годам), и с совершенствованием структуры коры головного мозга — к 8 годам кора головного мозга похожа по строению на кору головного мозга взрослого человека. В этом возрасте у детей вырабатываются активные тормозные процессы, достаточно легко формируются сложные условные рефлексы.

Кожа и подкожная жировая клетчатка. Кожа детей этого

возраста гладкая, эластичная, розовая, покрыта небольшим количеством пушковых волос. Сальные и потовые железы функционируют. Основные функции кожи выражены в достаточной мере.

Костно-мышечная система. На протяжении всего периода,

так же как и в более раннем возрасте, появляются новые ядра окостенения в некоторых костях, в частности в костях кисти, в других эти процессы заканчиваются, т.е. достаточно интенсивно происходят процессы окостенения костей скелета, замена хрящевой ткани костной. При этом точки окостенения появляются в строго определенной последовательности, позволяющей определить степень биологического развития. Совокупность точек окостенения называется костным возрас-

том. По мере развития и укрепления мускулатуры оформляются и интенсивно растут костные бугры и выступы, к которым с помощью сухожилий прикрепляются мышцы, причем они вытягиваются и укрепляются по мере увеличения массы мышц, их роста. Лишь к концу этого периода, к 11—12 годам, внешнее строение и гистологическая структура приближаются к характеристикам кости взрослого человека. К этому же возрасту меняется форма грудной клетки, она переходит в положение как бы максимального вдоха.

Кости таза растут достаточно интенсивно до 6 лет. В младшем школьном возрасте, особенно в его начале, происходит относительная стабилизация размеров таза, сменяющаяся интенсивным его развитием у девочек в периоде полового созревания, начало которого приходится на младший школьный возраст. Также как и формирование костной системы ребенка, проявляющееся возникновением точек окостенения, весьма важным показателем его биологического развития является

формирование постоянного наряду с молочным прикуса, т.е. наличие постоянных зубов, появление которых начинается в середине дошкольного периода. В возрасте 11—12 лет появляются вторые большие коренные зубы (вторые моляры). Ориентировочную оценку количества постоянных зубов можно провести, воспользовавшись формулой: $X = 4n - 20$, (2.17), где X — количество постоянных зубов; n — число лет, исполнившихся ребенку ($n < 13$). В этом возрасте продолжается усиленное развитие мускулатуры, однако интенсивность ее роста несколько меньшая, чем в предыдущие возрастные периоды. Развитие мышц у детей вообще идет неравномерно, а в младшем школьном возрасте эта неравномерность определяется еще и половыми различиями. В начале периода развиваются мелкие движения мышц, что способствует обучению письму, но при этом мышцы быстро утомляются. На этот возрастной период приходится максимальный прирост выносливости, причем максимума он достигает в 7—10 лет. С 8—9 лет у детей укрепляются связки, усиливается мышечное развитие, отмечается значительный прирост объема мышц, быстро восстанавливается работоспособность мышц, что связано с хорошим развитием кровеносной сети и интенсивным обменом, способствующим вымыванию из мышц молочной кислоты, — именно на возраст 7—9 лет приходится наивысшие показатели восстановления работоспособности мышц, после этого возраста восстановление происходит хуже. В возрасте 10—12 лет по показателям мышечной силы девочки превосходят мальчиков — это, пожалуй, единственный период, когда девочки сильнее. После 10 лет интенсивно происходит и совершенствование сложности, точности и координации движений, особенно мелких мышц.

Дыхательная система. Органы дыхания в этом периоде жизни получают дальнейшее развитие. Так, к 8—9 годам развивается пещеристая ткань носа, к 7—12 — решетчатая пазуха носа. Отличительной особенностью в развитии дыхательной системы в этом периоде является значительное увеличение размеров бронхов, легких, увеличение количества альвеол, а также их диаметра и площади. К 12 годам количество альвеол примерно в 9 раз больше, чем у новорожденного, увеличивается и масса созревшей ткани легкого, что в конечном итоге приводит к увеличению площади соприкосновения легочной ткани с воздухом. Развиваются коллатеральные пути вентиляции, включая поры между альвеолами и бронхиолами. На этот период возрастной биографии приходится заключительная стадия развития легких. Вследствие увеличения массы созревшей легочной ткани, увеличения площади альвеол уменьшается частота дыхательных движений до 18—20 в минуту.

Сердечно-сосудистая система. Из особенностей развития сердечно-сосудистой системы в этот период можно отметить относительно медленные темпы роста сердца. На период от 7 до 12 лет приходится время наименьшей энергии его роста, но происходят окончательная дифференцировка тканей сердца, обогащение эластической и соединительной тканью, утолщение мышечных волокон. В конце младшего школьного возраста масса сердца девочек временно превышает массу сердца мальчиков, в остальные периоды масса сердца у мальчиков больше, чем у девочек. Необходимо отметить, что в этот период ширина сердца удваивается по сравнению с периодом новорожденного. Продолжается и развитие сосудов. Именно в этом возрасте происходит выравнивание диаметров аорты и легочной артерии, в последующем диаметр аорты превышает диаметр легочной артерии. Структура сосудов становится такой же, как у взрослых. Частота сердечных сокращений в этом возрастном периоде составляет 80—90 ударов в минуту, артериальное давление у

мальчиков ориентировочно определяется по тем же формулам что и у детей дошкольного и школьного возрастов, т.е.: $AD = 90 + 2n$ (систолическое) и $AD = 60 + 2n$ (диастолическое). Для девочек эти показатели на 5 мм рт. ст. ниже. Необходимо отметить, что препубертатный возраст является одним из периодов, когда артериальное давление растет более интенсивно.

Пищеварительная система. Органы пищеварительной системы отличаются быстрым ростом, и в первую очередь это касается желудка: его емкость к 10—12 годам составляет 1300—1500 мл, а вот кишечник растет относительно медленно. К этому же возрасту устанавливаются свойственные взрослым пропорции между отдельными частями желудка. Поджелудочная железа к возрасту 6—10 лет достигает массы 30—36 г, что в 1,5—2 раза меньше массы поджелудочной

железы взрослого, к 10—12 годам поверхность ее становится бугристой вследствие выделения границ долек. Печень после 7 лет не выступает из-под реберной дуги, а морфологическое и гистологическое ее строение становится таким же, как у взрослых, к 8 годам.

Система кроветворения в младшем школьном возрасте

приобретает черты, характерные для взрослого.

Система анализаторов. Орган зрения полностью сформирован, до 10-летнего возраста прирост преломляющих свойств глаза при переводе взора с удаленного предмета на более близкий выше, чем у взрослых. В последующих возрастных периодах объем аккомодации снижается.

В этом возрасте продолжается развитие слухового восприятия, что приводит к увеличению звуковой чувствительности. Продолжают развиваться и вкусовые ощущения. Ребенок в этом возрасте способен различать не только основной вкус, но и градации концентраций и соотношения между компонентами различного вкуса.

Мочевая система. Органы мочеобразования и мочеотделения растут относительно медленно вплоть до периода полового созревания. Однако в этом возрастном периоде интенсивно развиваются клубочки, при этом увеличивается их диаметр. Емкость мочевого пузыря во многом зависит от тонуса мышц и к возрасту 9—10 лет составляет около 600 мл, к 12—13 годам — около 1000 мл. При этом примерно со школьного возраста емкость пузыря у мальчиков больше, чем у девочек.

2. Физическое, нервно-психическое, социальное и познавательное развитие

Физическое развитие. Дети этой возрастной группы достаточно интенсивно развиваются, причем начинается четкое половое различие в физическом развитии, т.е. имеются различия между мальчиками и девочками по типу роста и созревания, по формированию специфического для каждого пола телосложения. Физическое развитие и в этом периоде характеризуется высокими темпами нарастания роста, массы тела, увеличением окружности головы и грудной клетки.

Темпы роста в разные возрастные периоды различны. На младший школьный возраст приходится первое ускорение роста у девочек (после 6 лет; для мальчиков первое ускорение роста приходится на дошкольный период), а также второй период ускоренного роста, который

наблюдается у девочек с 8,5 лет с максимумом в возрасте 11—12 лет. У мальчиков в младшем школьном возрасте сначала наблюдается стабилизация роста, а затем до конца периода — умеренное равномерное вытяжение примерно до 13 лет. При этом рост у детей в этот возрастной период идет преимущественно за счет нижних конечностей (у мальчиков — в 10—11 лет, у девочек — в 8,5 лет), а с 11—12 лет наступает пик роста для туловища. За время препубертатного ростового скачка абсолютный прирост длины тела у мальчиков составляет 47—48 см, у девочек — 36—38 см. Для ориентировочного определения роста ребенка можно использовать формулу: $B = 77 + 6p$, где B — рост ребенка, см; p — число лет. Формула справедлива для детей в возрасте 2—12 лет. Для более точной оценки роста необходимо воспользоваться центильными таблицами, номограммами. Увеличение роста в этом периоде в первую очередь связано с влиянием соматотропного гормона, который вырабатывается гипофизом. Кроме того, действуют и андрогены, но

преимущественно в препубертатном и пубертатном периодах, усиливая развитие мышечной массы и окостенение. В этом же возрастном периоде происходит нарастание массы тела вследствие увеличения мышечной массы и развития костей скелета. Темпы нарастания массы тела также не являются строго равномерными в разные возрастные периоды: одним из этапов возрастной биографии, когда наблюдается энергичное нарастание массы тела, является период младшего школьного возраста, особенно это характерно для девочек. В возрасте 9—12 лет ежегодные прибавки массы у них достигают 2,5—4,5 кг, до этого возраста масса мальчиков несколько превышает массу девочек, с наступлением периода полового созревания девочки по этому показателю опережают мальчиков. Ориентировочную массу тела можно определить по формуле: $M = (7p - 5) : 2$, где M — масса тела; p — число лет. Более точно массу тела определяют по таблицам.

Окружность головы у детей до 15 лет можно определить по

формуле: $Cg = 50 + 0,6(p - 5)$, где Cg — окружность головы; 50 — окружность головы в возрасте 5 лет; p — число лет.

Окружность грудной клетки у детей до 15 лет можно определить по формуле: $Cгк = 63 + 3(p - 10)$, где $Cгк$ — окружность грудной клетки; 63 — окружность грудной клетки в возрасте 10 лет; p — число лет.

При оценке физического развития ребенка, помимо определения роста, массы тела, окружности головы и окружности грудной клетки, необходимо обращать внимание на эластичность кожных покровов, плотность (тургор) мягких тканей, мышечный тонус, состояние статики, эмоциональный настрой ребенка. Помимо этих параметров, оцениваются признаки и сроки полового созревания, начало которого приходится на младший школьный возраст.

Физическое развитие ребенка зависит от многих факторов внешней и внутренней среды: режима дня, питания, пребывания на свежем воздухе, занятий физическими упражнениями, климатогеографических условий. Жаркий климат и условия высокогорья могут несколько тормозить рост детей, но ускоряют их созревание. Определенную роль играет сезонный фактор. Так, весной и летом активнее увеличивается рост, а в зимнее время — масса тела.

Отрицательное влияние на физическое развитие могут оказать различные заболевания ребенка, которые являются характерными для этого периода: инфекционные, желудочно-кишечные, аллергические. На физическом развитии младших школьников сказываются также занятия в школе, ограничивающие движения детей, сказывающиеся на осанке, на зрении ребенка. Все эти факторы необходимо учитывать при планировании работы с ребенком и его окружением.

Развитие пола. В младшем школьном возрасте возрастает

функциональная активность ряда эндокринных желез, в частности щитовидной железы и гипофиза, а также надпочечников и половых желез, что обуславливает ускорение развития половых признаков.

Вообще развитие пола происходит непрерывно, процесс формирования полового фенотипа идет на протяжении всего периода роста и развития организма, начиная с внутриутробного периода, и выделение периодов препубертатного и пубертатного развития достаточно условно и связано с возрастающей активностью в первую очередь половых желез.

В младшем школьном возрасте это касается в большей степени девочек, хотя и у мальчиков к концу периода отмечаются процессы активизации половых желез, вызывающие появление признаков полового созревания.

Период полового созревания женского организма делится на две фазы. Первая начинается в 7—9 лет и заканчивается появлением первой менструации — менархе — в возрасте 12—14 лет, т.е. первая фаза охватывает практически весь период младшего школьного возраста (препубертатный период). Наиболее характерны для этой фазы — появление вторичных половых признаков, дальнейшее развитие половых органов, быстрый рост тела в длину. Вторая фаза заканчивается завершением формирования вторичных половых признаков (16—17 лет).

Нервно-психическое, социальное и познавательное развитие

Большое значение имеет и оценка нервно-психического, социального и познавательного развития. Оценивая нервно-психическое развитие ребенка младшего школьного возраста по ведущим линиям развития, можно отметить, что в области моторного развития происходят качественные изменения — дети могут быстро перестраиваться во время движения, выполнять ритмичные движения в указанном темпе, танцевать, кататься на лыжах, коньках, уметь плавать, работать с различным материалом (шить, вырезать, вышивать и т.д.); в этом возрасте развиваются сложные координированные и тонкие движения кистей рук, что позволяет освоить навыки письма.

В области сенсорного развития — дети хорошо отличают

различные геометрические фигуры, как простые, так и сложные, используют не только основные цвета, но и их оттенки, полутона.

Умственное развитие также продолжает совершенствоваться — дети знают многие правила родной речи, правильно пользуются ими, строят образные, сложные предложения, решают задачи различной степени сложности, знают таблицы умножения и деления, выполняют различные задачи на компьютере, используя не только игровые, но и обучающие программы.

В игровой деятельности дети этого возрастного периода

предпочитают коллективные игры, хотя с возрастом могут предпочитать творческие дела и игры, требующие уединения, любят игры, требующие внимания, сложные, во время игр строят планы, совершенствуют их замысел, в играх учитывают ситуацию, выбирают соответствующий стиль общения с окружением.

Поведение детей этого возраста становится более упорядоченным, они могут испытывать сложные моральные переживания за свои поступки, поступки других, критически их оценивать, соотносить с общепринятыми правилами поведения и общения. Дети этой возрастной группы способны также критически оценивать черты характера и взаимоотношения людей, окружающих их. В этом возрасте дети первыми здороваются с взрослыми, благодарят, уступают место, соблюдают определенные правила этикета.

В конце возрастного периода могут возникать реакции негативизма, дети хотят принимать решения, не зависящие от контроля окружающих, сверстники и друзья оказывают влияние на выбор игр, интересы и предпочтения; часто пренебрежительно относятся к своему внешнему виду, могут не следить за порядком в своей комнате, проявлять плохие манеры за столом.

Однако в связи с возрастными нагрузками на психику, связанными с поступлением в школу, необходимостью адаптироваться в коллективе, слабой подготовленностью к систематическим занятиям, возможны и негативные реакции, проявляющиеся в упрямстве, нежелании выполнять определенные задачи, неумении сосредоточиться, ослаблении памяти. Эти реакции часто являются проявлением излишней самостоятельности. Дети могут становиться нервными, легковозбудимыми.

СТАРШИЙ ШКОЛЬНЫЙ (ПОДРОСТКОВЫЙ, ПУБЕРТАТНЫЙ) ПЕРИОД

Анатомо-физиологические особенности человека

в подростковом периоде

Старший школьный (подростковый, пубертатный) период, продолжающийся с 12—13 до 16—18 лет, является одной из «горячих точек» возрастной биографии человека и характеризуется перестройкой организма, завершением полового созревания, ломкой системы психосоматики.

Нервная система. Существенные изменения, свидетельствующие о становлении организма и определяющие его физиологическое своеобразие в этот возрастной период, происходят в центральной нервной системе: окончательно формируется кора головного мозга, происходит перестройка и дифференциация отдельных ядер гипоталамуса и высших регулирующих центров периферической нервной системы.

Поэтому для деятельности ЦНС в данном возрасте характерны снижение порога возбудимости, неустойчивость и лабильность вегетативных реакций, что определяет некоторые возрастные особенности функционирования отдельных органов и систем, их ранимость и

чувствительность к различным неблагоприятным воздействиям, а также особенности общей реактивности организма. В это время устанавливаются новые функциональные взаимодействия между нервной и эндокринной системами, повышается регулирующая роль коры головного мозга в отношении подкорковых центров.

Кожа и подкожная жировая клетчатка. Кожа по строению и выполняемым функциям не отличается от таковой у взрослых. Однако на завершающей стадии полового созревания как у многих девочек, так и особенно у мальчиков появляются юношеские угри, что связано с усилением секреции андрогенов, увеличением количества сальных желез, усилением их деятельности. Этот период обычно длится непродолжительное время. Изменяется и функция потовых желез, пот приобретает кислую реакцию и запах, характерные для взрослого организма.

Некоторые особенности имеет подкожная жировая клетчатка, характер ее распределения, что связано с активацией эндокринной системы в этом возрасте. Развитие подкожной жировой клетчатки, ее перераспределение зависят от влияния глюкокортикоидов, андрогенов и эстрогенов, причем на развитие клетчатки в большей степени оказывают влияние глюкокортикоиды и эстрогены, а перераспределению ее способствуют андрогены. У мальчиков-подростков происходит уменьшение жировых отложений, а у девочек — их увеличение. Жировые отложения у девушек распределяются преимущественно в области живота, бедер, ягодиц, а у мальчиков-подростков распределение подкожной жировой клетчатки более равномерное. Кроме того, в подростковом возрасте заканчивается образование жировых отложений в брюшной, грудной полостях.

Костно-мышечная система. К завершению пубертатного периода окончательно формируются половые отличия в строении скелета: в частности, таз у девушек становится более широким и относительно коротким. Так же, как и в младших возрастных группах, точки окостенения появляются в определенной последовательности, и характер окостенения, сроки формирования скелета настолько специфичны, что могут использоваться для определения биологического возраста, причем костный возраст в большей степени предопределен, детерминирован у мальчиков, чем у девочек. Кости скелета приобретают характерное для взрослого организма строение с хорошо развитыми буграми и выступами, что обусловлено дальнейшим развитием мышц в этот период.

Развитию мышц способствует активность эндокринной системы, в частности секреция соматотропного гормона и андрогенов, оказывающих стимулирующее влияние на биосинтез белка, что усиливает развитие мышечной ткани. После 15 лет интенсивно развиваются и мелкие мышцы, совершенствуются двигательные реакции, точность и координация мелких движений, развивается чувство пространственных и мышечных ощущений. Однако в период полового созревания несколько нарушается гармоничность движений, что проявляется угловатостью, резкостью движений, некоторой неловкостью. Эти особенности движений подростков являются результатом дисгармонии между интенсивно увеличивающейся мышечной массой и некоторым отставанием регуляции движений со стороны нервной системы.

В этом возрасте интенсивно возрастает мышечная сила, максимум увеличения которой наступает примерно через 1,5 года после достижения максимального роста. При этом уже в возрасте 14—15 лет отчетливо проявляются половые различия в уровне развития скелетной мускулатуры, т.е. рост мышц и увеличение мышечной силы интенсивнее происходят у мальчиков, что связано с влиянием андрогенов.

Скорость двигательных реакций в конце подросткового периода практически не отличается от скорости двигательных реакций взрослого. Нарастание мышечной массы и силы, улучшение координации движений происходят параллельно с половым созреванием. В последние годы отмечается снижение показателей мышечной силы у подростков, что можно объяснить как ухудшением структуры питания, так и общими процессами децелерации.

К концу этого возрастного периода присутствуют уже все постоянные зубы, за исключением третьего коренного («зуба мудрости»), который появляется позже.

Дыхательная система. В подростковом возрасте завершается формирование дыхательной системы. Интенсивно развиваются грудная клетка, дыхательные мышцы, интенсивно нарастает диаметр обоих главных бронхов. В легких (особенно в альвеолах и межальвеолярном пространстве) быстро развиваются эластические и мышечные волокна, интенсивность роста зон и сегментов легких также повышается, что приводит к увеличению поверхности и объема легких, вследствие этого возрастают жизненная емкость легких и легочная вентиляция. В результате увеличения площади поверхности легких, жизненной емкости и легочной вентиляции дыхание становится более глубоким и редким (к 17—18 годам число дыхательных движений становится таким же, как у взрослого — 16—20 в минуту). Устанавливаются и половые различия в типе дыхания (грудной тип — у девушек, брюшной тип — у юношей).

Перестройка механизмов регуляции функционирования дыхательной системы на взрослый тип нередко приводит к тому, что подростки могут испытывать недостаток кислорода, они хуже, чем дети и взрослые, переносят кислородное голодание, менее устойчивы к гипоксии, причем девушки адаптируются к низкому содержанию кислорода хуже юношей.

Сердечно-сосудистая система. Характерные морфологические и функциональные изменения наблюдаются в сердечно-сосудистой системе. Это касается в первую очередь увеличения размеров сердца: интенсивность его роста сопоставима с таковой периода новорожденности. Особенно интенсивно увеличивается масса желудочков, в большей степени это касается левого желудочка, толщина стенки которого возрастает быстрее, чем толщина стенки правого желудочка.

Сердце в подростковом возрасте не всегда имеет форму сердца взрослого человека, при этом обнаруживаются несколько вариантов: «малое» (висячее) или «капельное» сердце, имеющее, как правило, срединное расположение, «митральная» форма (из-за выбухания дуги легочной артерии по левому контуру сердца) и «гипертрофированное» (из-за увеличения левого желудочка). Первые две формы чаще встречаются у девушек, а гипертрофированное сердце — у мальчиков-подростков.

Продолжают развиваться и сосуды: происходит увеличение диаметра венечных артерий адекватно росту мышечной ткани сердца, увеличивается диаметр аорты, который в этом возрасте становится больше диаметра легочной артерии. Развитие сердца и сосудов имеет достаточно выраженные половые различия. Так, нарастание массы сердца в начале пубертатного периода у девочек происходит быстрее, чем у мальчиков, но уже к 14—15 годам масса сердца становится большей у мальчиков. Размеры сердца в возрасте 12—15 лет также несколько больше у девочек, чем у мальчиков того же возраста, но после 16 лет у девочек они практически не меняются, тогда как у мальчиков продолжают увеличиваться. Поэтому и нервная дифференцировка мышечной ткани у девочек заканчивается несколько раньше.

Несмотря на интенсивный рост сердца, увеличение его массы, функциональные возможности сердечной мышцы часто отстают от темпов физического развития, что может сказываться на механизмах компенсации кровообращения.

Своеобразие развития организма подростка и его сердечно-сосудистой системы заключается и в том, что имеется выраженное несоответствие объема полостей сердца емкости магистральных сосудов, приводящее к изменениям гемодинамики. Кроме того, особенностью развития сердца в этот период является отставание темпов дифференцировки нервного аппарата и проводящей системы от темпов роста мышечной ткани. Все это является основой возможных функциональных нарушений со стороны сердца.

Частота сердечных сокращений постепенно замедляется во все периоды детства и к 14—15 годам соответствует таковой у взрослых (60—84 удара в минуту), причем половые различия отмечаются уже в начале этого возрастного периода, когда у девочек частота сердечных сокращений составляет 70—80 в минуту, а у мальчиков — 65—75. Показатели артериального давления у подростков, не отличаясь от показателей взрослых, составляют 110/50 — 139/89 мм рт. ст. и зависят от генетических особенностей организма, от степени физического развития и занятий спортом. Имеет значение степень полового созревания, а также масса тела. Выявляются особенности динамики артериального давления: у девочек наибольшие его значения отмечаются в возрасте 13—13,5 лет с снижением к 15 годам. У мальчиков-подростков постоянный уровень артериального давления устанавливается лишь к началу периода зрелого возраста. Характерной является большая лабильность артериального давления в подростковом

возрасте по сравнению со взрослыми. Нужно учитывать, что именно в этот период при наличии неблагоприятных факторов чаще всего реализуется наследственная предрасположенность к развитию тех или иных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Пищеварительная система. Подростковый период характеризуется завершением морфофункционального развития пищеварительной системы. В это время присутствуют уже все зубы (за исключением третьего коренного, который появляется в более поздний возрастной период),

строение слюнных желез и пищевода не отличается от структуры этих органов у взрослых, окончательно развиваются инкреторная ткань и сосудистая система поджелудочной железы, которая увеличивается в размерах и достигает величины поджелудочной железы взрослого. В это же время происходит интенсивный рост и развитие печени, масса которой увеличивается к 16—17 годам в 10 раз, достигая примерно 1200 г, причем у девочек печень достигает максимального размера к 14—15 годам, а у мальчиков — к 15—16. Желчный пузырь, который имел веретенообразную форму в более ранние возрастные периоды, становится круглым.

Изменяются функциональные характеристики пищеварительной системы. Секреторная и эвакуаторная функции, кислотообразующая активность желудка, моторная функция печени отличаются у подростков большей, чем у взрослых, лабильностью, секреторная функция инсулярного аппарата поджелудочной железы становится более интенсивной.

Особенности функционирования и нервной регуляции пищеварительной системы в сочетании с длительными эмоциональными и физическими нагрузками, нарушениями режимов питания, труда и отдыха, присущими подростковому возрасту, обуславливают высокую уязвимость этой системы, способствующую появлению функциональных и органических расстройств органов пищеварения.

Система анализаторов к пубертатному периоду сформирована полностью и практически не отличается от таковой у взрослых. Однако в связи с интенсивным ростом всего организма и возрастанием зрительных нагрузок, а также из-за несоблюдения гигиенических условий при чтении, письме могут выявляться нарушения зрения, чаще проявляющиеся развитием миопии.

В начале подросткового периода происходит окончательное установление диаметра просвета, формы и длины наружного слухового прохода, одновременно продолжает улучшаться и совершенствоваться речевая чувствительность, связанная с развитием коркового отдела слухового анализатора, общая слуховая чувствительность при этом такая же, как у взрослых.

Мочевая система. На пубертатный период приходится интенсивное развитие мочевыводящей системы: в частности, интенсивно увеличивается диаметр почечных клубочков, в соответствии с общим ростом организма происходит удлинение мочеточников, мочеиспускательного канала. У мальчиков увеличение длины мочеиспускательного канала (до 10—12 см) связано, прежде всего, с удлинением кавернозных тел, а у девочек-подростков — с развитием таза.

Количество мочи и ее плотность у подростков не отличаются от таковых у взрослых.

Физическое развитие. Оценка физического развития подростков имеет важное значение для определения состояния их здоровья, степени морфологического развития, уровня работоспособности, степени готовности к воинской службе (последнее особенно актуально для мальчиков-подростков).

Необходима как индивидуальная, так и групповая (отдельных контингентов — школьников, студентов средних специальных учебных заведений, работающих) оценка уровня физического развития подростков, анализ связи физического развития с условиями жизни.

Уровень физического развития подростков определяется не только общим состоянием их организма, показателями массы тела и роста, но включает и процессы его формирования, поэтому оценку физического развития необходимо проводить, учитывая показатели достигнутого уровня развития, т.е. необходимо оценивать биологический возраст, который, помимо костного возраста, определяют и по выраженности вторичных половых признаков. Вообще между уровнем физического развития и степенью полового созревания имеется тесная связь, которая характеризуется интенсивным увеличением основных размеров тела. Таким образом, первая часть индивидуальной оценки физического развития подростка включает в себя характеристику физического состояния по результатам антропометрических измерений (рост, масса тела, окружность грудной клетки) и сопоставление этих данных со стандартами для подростков соответствующего пола.

На подростковый период приходится повторное повышение скорости роста у мальчиков, которое достигает максимума в возрастном интервале от 13,5 до 15,5 лет, а затем резко замедляется, причем если в младшем школьном возрасте вытяжение шло исключительно за счет нижних конечностей, то между 14 и 15 годами ноги перестают расти, наступает пик скорости роста туловища.

В пубертатном возрасте практически заканчивается увеличение роста как для мальчиков, так и для девочек: средний возраст прекращения роста у девочек составляет 16,25 года, а у мальчиков — 17,75. После 15 лет у девочек наблюдается преобладание нарастания массы тела над увеличением роста. Нарастание массы тела в этом возрастном периоде связано в первую очередь с увеличением мышечной массы и развитием костей скелета. Имеет значение также и развитие подкожной жировой клетчатки. Таким образом, превышение массы тела по сравнению со стандартными показателями может быть обусловлено как выраженностью подкожной жировой клетчатки, так и массивностью скелета и развитием мышц, поэтому данные особенности необходимо учитывать при окончательной оценке физического развития.

Использование различных индексов, формул для определения доли массы тела и оценки уровня физического развития в этом возрасте является не совсем оправданным. Более точную картину дают центильные таблицы. В последние годы отмечены процессы децелерации, проявляющиеся астенизацией телосложения подростков, снижением физической работоспособности, физической подготовленности, увеличивается доля лиц с дефицитом массы тела.

Иммунная система. С перестройкой нейроэндокринной системы, происходящей в подростковом возрасте, связаны и изменения иммунной системы: под действием соматотропина, вырабатывающегося аденогипофизом, происходит трансформация неактивных тимоцитов в иммунокомпетентные Т-лимфоциты, одновременно под влиянием глюкокортикоидов — гормонов коры надпочечников — происходит рост и развитие В-лимфоцитов, отвечающих за гуморальный иммунитет, а также снижение иммунного ответа и выработки антител, при этом угнетается фагоцитарная активность лейкоцитов. Минералокортикоиды же, напротив, повышают активность фагоцитов. Половые гормоны оказывают разнонаправленное действие на иммунную систему: эстрогены стимулируют ее активность и выработку антител, а андрогены вызывают угнетение иммунитета, преимущественно В-системы.

Это сказывается на формировании и своеобразном протекании ряда патологических процессов у юношей и девушек.

Развитие пола. Наиболее характерным признаком подросткового периода является половое созревание, оценка развития которого является второй частью общей оценки развития подростка. На этот период приходится вторая фаза полового созревания девочек, которая начинается с менархе и характеризуется завершением развития вторичных половых признаков, замедлением роста, установлением овуляторных циклов.

Невро-психическое, социальное и познавательное развитие

Подростковый возраст является одним из переломных этапов в жизни человека, одинаково тяжелым как для девочек, так и для мальчиков. Этот период тяжел и для окружения подростка, что связано не только с соматическими изменениями, происходящими в организме подростка, но и с особым этапом формирования психики, развитием личности, переходом индивидуального сознания в общественное.

Этот возраст, пожалуй, как никакой другой, характеризуется неравномерностью индивидуального развития: среди сверстников можно встретить уже достигших половой зрелости и тех, кто находится в середине процесса созревания. Эти различия касаются не только физического и полового, но и умственного, социального и нравственного развития. Очень важным для понимания особенностей этого возраста является то, что уровни развития в разных сферах жизни часто не совпадают: подросток может быть вполне развит физически, но умственно и нравственно остается ребенком, нуждающимся в советах взрослого, его опеке, поддержке. Уровень психического, умственного, социального развития неодинаков в разные сроки периода полового созревания: если в его начале подросток больше напоминает ребенка младшего школьного возраста с проявлениями негативизма, пренебрежительным отношением к своей внешности и в то же время сохраняющим эмоциональную привязанность к родителям, связанную с определенной зависимостью, то к концу периода подросток имеет многие черты сформировавшегося взрослого. Поведение в раннем подростковом возрасте отличается неустойчивостью, часто меняется от беззаботного и жизнерадостного к унылому и безрадостному; подросток бывает раздраженным, поэтому очень важно своевременно и умело корректировать его настроение и поведение, что позволит более гладко пройти последующие этапы формирования психики подростка.

Однако, несмотря на индивидуальные особенности развития, для всех подростков есть и общие закономерности становления личности, проявляющиеся в отношениях со сверстниками, родителями, изменении положения в семье, переоценке явлений окружающей его действительности, стремлении к независимости, самостоятельности, самоутверждению.

На формирование психики подростка, его социальное развитие оказывает влияние множество факторов, среди которых не последнее место занимает среда, в которой он воспитывается. Безусловно, нельзя не учитывать и факторы биологического развития, особенности, свойственные организму подростка и связанные с нейрогормональными сдвигами, ведущими к повышенной утомляемости, которая часто

проявляется раздражительностью, упрямством, немотивированными поступками, грубостью, противопоставлением себя взрослому миру и т.д.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Модуль 3. Зрелый возраст

Занятие №1

Тема: Период юношеского возраста

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях юношеского возраста, возможных трудностях.

Вопросы для рассмотрения:

Обучение выявлению ситуаций повышенного риска и оказанию поддержки при их развитии. Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Составление рекомендаций по адекватному и рациональному питанию, двигательной активности, правильному режиму дня, принципам создания безопасной окружающей среды, поддержанию здорового образа жизни.

Основные понятия темы:

ЮНОШЕСКИЙ ВОЗРАСТ

1. Краткая характеристика юношеского возраста

Юношеский возраст продолжается с 16-18 лет до 20-21 года. Характеризуется формированием биологической, социальной и интеллектуальной зрелости. К социально-биологическим проблемам подросткового возраста добавляются проблемы профессиональной ориентации. В юношеском возрасте возникают заболевания, свойственные взрослым, и протекают они то же, как у взрослых.

Основными направлениями воспитания являются ЗОЖ, дружба, любовь, удачный выбор профессии.

2. Особенности юношеского возраста

Юношеский возраст, биологически начинающийся с 16 лет у девушек и с 17 лет у юношей, т.е. с завершением полового созревания, и заканчивающийся в 20 лет у девушек и в 21 год у юношей, с точки зрения анатомо-физиологических особенностей наименее изучен, и его окончание определяется в большей степени наступлением гражданской зрелости.

Биологически этот период характеризуется полным завершением формирования морфофункциональных систем организма, прекращением активного роста. Все органы и системы, таким образом, приобретают черты и свойства, характерные для зрелого организма. Однако четко установить возрастные границы между подростковым периодом и юношеским возрастом, с одной стороны, и юношеским периодом и зрелым возрастом — с другой, достаточно сложно: переход из одного жизненного этапа в другой осуществляется постепенно и плавно. С одной стороны, юноши и девушки этого возрастного периода сохраняют как анатомо-физиологические, так и психологические черты, в большей степени свойственные позднему подростковому возрасту (в частности, особенности сердечно-сосудистой

системы, которая у юношей лишь к 18 годам по основным функциям приближается к сердечно-сосудистой системе взрослого человека; неустойчивость настроения, поиск своего места в жизни, стремление к обособлению, характер взаимоотношений с родителями, сверстниками, представителями противоположного пола), что позволяет считать возраст до

18 лет детством и сохранить медицинское наблюдение за людьми этой возрастной группы в детских медицинских учреждениях.

Близость анатомо-физиологических и психологических особенностей раннего юношеского и позднего подросткового возраста подтверждается и установлением юридического гражданского возраста: лишь по достижении 18 лет юноши и девушки имеют право голосования. Близость этих возрастных периодов находит свое отражение и в особенностях трудовых

отношений с молодыми людьми до 18 лет: им запрещено трудиться на определенных работах, их не имеют права привлекать к сверхурочной работе, работе в ночное время, в выходные и праздничные дни, отправлять в служебные командировки.

С другой стороны, юношеский возраст продолжается до 20—21 года, и в этот период юноши и девушки — это индивидуумы, имеющие все признаки зрелого организма, готового к выполнению одной из важнейших жизненных функций — репродуктивной, а также в полной мере к выполнению и других

функций — трудовых, социальных, гражданских.

Несмотря на то, что юношеский возраст характеризуется окончанием физического роста и развития, выраженность морфофункционального развития, возраст, в котором окончательно формируются признаки зрелого организма, во многом зависят от его конституциональных особенностей. Это объясняет возможное расхождение в определении сроков календарного и биологического возраста. Показатели развития организма, сроки наступления морфофункциональной зрелости, физиологические показатели, а также возникновение ряда патологических состояний у представителей крайних

конституциональных типов могут быть довольно резкими, поэтому знание конституциональных особенностей, конституциональных типов необходимо как для понимания сущности процессов, происходящих в организме, так и в практической деятельности при решении проблем, связанных с удовлетворением потребностей.

3. Критические периоды детства

1. *Эмбриональная фаза*, когда происходит закладка всех органов и систем, высока вероятность гибели зарождающегося организма, возникновения врожденных аномалий и внутриутробных инфекций.

Период новорожденности, когда происходит адаптация ребенка к внеутробной жизни.

3. *3-6 месяцев*: высока частота присоединения инфекций вследствие ослабления материнского иммунитета, дефицита витаминов, питательных веществ.

2-4 года: происходит этап социальной адаптации, возрастает частота инфекций, травм.

5-6 лет: характеризуется становлением высшей нервной системы, регулированием биохимических параметров, усиленным развитием скелета, первым вытяжением, началом смены молочных зубов, интенсивным развитием интеллекта, формированием хронических заболеваний, нарушением осанки.

Пубертатный период, когда происходит эндокринная перестройка, появляется вегетативная дисфункция. Этап становления личности, физических и репродуктивных кондиций взрослого человека, опасен возможностями девиантного поведения, социальной дезадаптации.

Основные потребности, способы их удовлетворения.

Особенностью подросткового возраста считается стремление к физической и сексуальной активности, к высокой оценке своего физического развития, началу развития способности к интроспекции (самонаблюдению). В кругу предметов мысленного рассмотрения включаются собственные мысли, чувства и поступки. Здесь очень важно отметить развитие способности к различению противоречий между мыслями, словами и поступками, а также к использованию своих мыслительных процессов для создания идеалов и ценностей.

Результатом этой новой способности оперировать идеальными ситуациями и обстоятельствами являются возрастающие претензии к миру взрослых и даже бунт против него. Идеализации не ограничиваются абстрактными представлениями, а переносятся на конкретных людей,

превращающихся в образцы для подражания. Столкновение идеалов с действительностью или идеалами других сверстников особенно долго и тяжело переживается подростками и является значительным основанием для возникновения конфликтных явлений в их среде. При этом нравственное развитие приобретает новый смысл с развитием формального мышления.

Потребность в безопасности отличается психофизиологическими изменениями, которые с трудом поддаются оценке в этом возрасте и этим усиливают данную потребность. Ее стремятся удовлетворить либо в семейных отношениях, либо в группе ровесников.

Потребность в независимости стимулирует столкновения с ожиданиями и ограничениями взрослых. На этом фоне и возникает множество конфликтных ситуаций. Результат проявляется в противодействии навязываемому мнению, авторитетам, общественным правилам и нормам. Потребность в привязанности и любви сопровождается стремлением к независимости, что отдаляет подростка от отчего дома, семейного круга и ведет к некоторой изоляции, при этом повышается потребность в любви и привязанности, во взаимопонимании и доверии вне семьи.

Потребность в успехе возникает, как желание проверить свои новые когнитивные возможности, добиться высокой оценки в обществе, однако мотивация достижения в юношеском возрасте может слабеть без внешней поддержки. Стремление к самореализации и развитию своего «Я» становится все сильнее, но при этом коррелирует с формированием благоприятного представления о себе. Подростковый конформизм ослабевает, снижается и ориентация на сверстников, сменяясь повышенным стремлением к индивидуализации. В процессе созревания «Я» происходят пересмотр ценностных представлений и перенос функции образца с родителей на референтную группу ассимиляция ценностных представлений, культурных традиций. После протеста и мятежа молодые люди принимают многие ценности, свойственные их культурному окружению. По мере взросления и отказа от эгоцентризма моральные обязательства начинают выступать как взаимные, как согласование оценки других и самооценки.

Отношения между поколениями зависят от темпов научно-технического и социального развития. Трансмиссия культуры между поколениями включает в себя не только информационный поток от родителей к детям, но и встречную тенденцию: молодежная интерпретация современной социальной ситуации способна оказывать влияние на старшее поколение, поскольку прошло время линейной односторонней преемственности.

Несмотря на стремление к самостоятельности, характерное для данного возрастного периода, подростки готовы делиться с родителями радостями, неприятностями, обращаться к ним в трудных ситуациях. Сфера взаимоотношений подростка с родителями на протяжении всего периода взросления остается значимой и оказывает сильное влияние на формирование его личности: его потребностно-мотивационной сферы, системы отношений к себе и окружающим. В то же время в структуре межпоколенческих отношений, как показали исследования, учитель нигде не фигурирует ни как пример, ни как авторитет.

Обобщая сказанное, можно выделить несколько тенденций развития подростков в период взросления:

Созревание когнитивных и эмоциональных функций ведет к тому, что молодые люди используют новые способности в форме критики, сомнений и противодействия ценностям, установкам и образу действий взрослых. Часто это ведет к конфликту с родителями и бунту, особенно если в семье господствует авторитарный стиль воспитания.

В процессе социализации группа сверстников в значительной степени замещает родителей и становится референтной группой.

Перенос центра социализации из семьи в группу сверстников приводит к ослаблению эмоциональных связей с родителями и замене их взаимоотношениями со многими людьми, меньше влияющими на личность как целое, но формирующими определенные формы ее поведения. Особую роль здесь играют особенности, связанные с внешним видом и производимым впечатлением. Все это приводит к конфликтам с членами семьи.

Ослабление влияния родителей отражается не на всех формах поведения, взглядах и установках. Хотя у многих подростков родители как центр ориентации и идентификации отступают на второй план, это относится далеко не ко всем областям жизни.

Несмотря на уменьшение влияния семьи в период взросления, она по-прежнему остается важной референтной группой. Все это делает область взаимоотношений подростков с родителями весьма конфликтной, сложной и вместе с тем по-прежнему значимой. Сложность ситуации часто усугубляется тем, что и родители, и их дети оказываются незнакомы с закономерностями развития детско-родительских отношений, не осознают внутренней причинно-следственной обусловленности возникающих в этих отношениях проблем, в результате чего начинают обвинять во всех конфликтах и непонимании другую сторону.

Это, естественно, приводит к усилению реакций протеста и эмансипированного поведения со стороны подростков, а со стороны родителей — к попыткам усилить контроль. В результате и дети, и родители переживают целый комплекс личностных проблем, который, также, отражается на таком психологическом показателе, как тревожность.

Можно говорить о возрастании личностной тревожности в данный период, что объясняется в первую очередь особенностями социальной ситуации развития старшекласника: задачи целеполагания, профориентации. Возрастание тревожности связано с наличием страха не соответствовать высокому уровню требований со стороны учителей и родителей, не оправдать имеющиеся у взрослых ожидания и представления о себе и своих возможностях.

Развитие личности в условиях природного и предметного мира происходит через межличностные отношения, в частности, для подростков наиболее значимой становится сфера общения со сверстниками. Для них становится важным:

Умение познакомиться с понравившимся человеком.

Свободно чувствовать себя в компании, разделяя нормы и интересы значимой для него группы.

Ощущать, что при этом он не теряет индивидуальность, может высказать свои мысли и выразить чувства.

Упражнения для лучшего понимания себя и своих потребностей:

Фильм о своей жизни. Это упражнение поможет пристальнее взглянуть в то, чем является Ваша жизнь. Расслабьтесь и закройте глаза. Представьте, что Вы смотрите полнометражный кинофильм о своей жизни. Где происходит действие фильма? Каков основной сюжет, кто главный герой, кто является второстепенным персонажем, что делают зрители, когда смотрят этот фильм, кто является постановщиком картины, в чем заключается кульминация сюжета?

Характеризуйте себя. Выпишите по порядку десять слов, фраз или определений, которые наиболее полно Вас характеризуют. Распределите характеристики от наименее важной («я такой-то: ...»). Сколько характеристик можно отнести к положительным оценкам, (сколько — к отрицательным, сколько являются нейтральными? Какие качества Ваш друг или внушающее доверие лицо сочли в большей степени присущими Вам, а какие в меньшей? Пусть Ваш друг самостоятельно попробует охарактеризовать вас своими десятью качествами.

Самое хорошее и самое плохое. Выпишите пять самых приятных событий, которые произошли в вашей жизни. После каждого пункта отметьте, благодаря чему это событие произошло. Выпишите пять самых крупных неприятностей, случившихся в вашей жизни. После каждого пункта отметьте, кем или чем были вызваны эти неприятности, и самое главное — отметьте, сколько набралось событий, за которые ответственны лично вы?

Напишите себе письмо. Возьмите за правило делать это каждый раз, когда ощущаете необходимость излить сильные чувства. Что содержат эти послания — тревогу, радость надежду? Не посылаете ли Вы себе противоречивых сообщений?

Как избавиться от застенчивости?

Первое препятствие, которое необходимо преодолеть, — это освободиться от мифа безнадежности. Застенчивая личность верит, что это навсегда, что недостаток исправить невозможно. Но, еще раз повторим: «Сидя на берегу, никогда не научишься плавать». Давайте займемся упражнениями, закрепим их, почувствуем, что они нужны. Цель любых упражнений — осознание самого себя.

Рисуем автопортрет. Это занятие поможет лучше понять, как вы воспринимаете самого себя. Изображение может претендовать на точность или быть символическим. Изобразить можно свое лицо или себя в полный рост, в одежде или без нее. Дайте своему рисунку название. Теперь ответьте на вопросы: занимает ли рисунок все пространство листа, выполнено ли изображение резкими, отрывочными линиями, не отсутствуют ли какие-то части тела, можете ли вы свой рисунок показать другим, получилась ли у вас одинокая фигура или же она изображена на каком-то фоне?

Глядя в зеркало. Встаньте перед зеркалом и смотрите в него не менее десяти минут. Внимательно рассмотрите все части тела. Что вы увидели? Какие части тела нуждаются в усовершенствовании, какие нас удовлетворяют, от каких внешних черт вы бы избавились, какие хотели бы взамен?

Возможные проблемы, возникающие в юношеском периоде.

Рассмотрим, каковы психологические проблемы юношеского возраста. Считается, что не менее 20% молодых людей испытывают специфические психические симптомы в период юношеского развития. Их трудности могут постепенно пройти, однако они должны знать о первых симптомах тяжелых расстройств. К психическим расстройствам, которые могут начинаться в юношеском возрасте, относятся расстройства идентификации, нарушения характера питания, депрессия, биполярные (маниакально-депрессивные) расстройства и шизофрения.

Юношеский возраст вовсе не время уменьшения важности роли родителей. Не вполне созревшие, уже не дети, но еще не взрослые, они в одних случаях выступают как зрелые люди, а в других обнаруживают недостаточную способность к объективным суждениям. Нужно предоставить юношам возможность экспериментировать со своей независимостью – работать в летние каникулы вдали от дома, путешествовать или проводить свой отдых в лагере. Родители должны давать им правильные ориентиры, предложить цивилизованные формы для такой независимости. Юноши, которые могут получить определенный опыт в стенах собственного дома (например, пить с друзьями в своей комнате спиртные напитки), с большой долей вероятности будут лучше подготовлены к первым самостоятельным шагам вне дома и совершат при этом меньше ошибок, чем те, кто не имеют таких возможностей.

1. Оснований для беспокойства родителей нет

Не дает повода для беспокойства следующее поведение:

Беспорядок в комнате. Часто жалобы на подростков связаны с тем, что они редко убирают свою комнату. Поскольку беспорядок обычно ограничивается спальней подростка, просто закрывайте дверь его комнаты и игнорируйте хаос в ней.

• Уход от общения. Подростки нуждаются в предоставлении им возможности уединиться хотя бы для того, чтобы послушать музыку или поговорить по телефону с друзьями. Такое поведение типично и часто бывает важным средством для того, чтобы испытать свою способность отделиться от семьи. Не стремитесь влезть в личную жизнь подростка, если он этого сам не захочет. Обсуждайте с ним вопросы, касающиеся выполнения домашних заданий, но о телефонных переговорах говорите лишь предупредая, чтобы счета оставались в пределах допустимого.

• Идеализация. Постоянные, но преходящие восторги от «идолов» есть проявление попытки установить собственную идентичность.

Одновременно возможно и низведение с «пьедестала» родителей.

Причудливая одежда или прическа. Протестные формы поведения подростка могут быть весьма разнообразными. Обычно такие «демонстрации» – временное явление. Вы хорошо делаете, если попытаетесь по возможности их игнорировать.

Легкие колебания настроения. Внезапно наступающие колебания настроения в связи с предстоящими событиями или связанные с отношениями с противоположным полом – нередкое явление у подростков. Если это не отражается на школьной успеваемости или других занятиях, то у вас нет повода для беспокойства.

Основания для беспокойства родителей есть.

Если вы замечаете следующие нарушения, обратитесь за советом к психиатру, клиническому психологу или психотерапевту:

- Отчетливое снижение интереса к привычным занятиям.
- Упорная бессонница.
- Утрата интереса к друзьям.
- Внезапное и сильно выраженное ухудшение школьной успеваемости.
- Пропуски школьных занятий.
- Отказ от выполнения различных правил – от экономии и ведения домашнего хозяйства до невозвращения домой на ночь и т.д.
- Проявления ненависти и презрения к прежде любимым членам семьи.
- Рукоприкладство по отношению к родителям.
- Необычно частая смена сексуальных партнеров.
- Частое или длительное употребление наркотиков или алкоголя.
- Совершение уголовно наказуемых деяний.
- Высказывание мыслей о самоубийстве.
- Вступление в секту.

Такое поведение требует установления причины и применения соответствующих лечебных мероприятий квалифицированными специалистами. В некоторых случаях могут быть полезны несколько сеансов индивидуальной или семейной психотерапии. Ранее вмешательство необходимо для того, чтобы устранить данную проблему в зародыше и помочь подростку вернуться к нормальному пути развития.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.

- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №2

Тема: Особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях зрелого возраста, возможных трудностях, нарушениях, роли медицинского работника.

Вопросы для рассмотрения:

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья. Особенности строения женского таза, его роль в репродукции.

Влияние факторов внешней среды на процесс воспроизводства.

Составление рекомендаций по адекватному и рациональному питанию, двигательной активности, правильному режиму дня. Обучение принципам создания здорового образа жизни.

Основные понятия темы:

Репродуктивная система женщины

Женская половая система складывается из парных яичников и маточных труб, матки, влагалища, наружных половых органов, а также молочных желез.

Основная функция женской половой системы – репродуктивная.

Существенная особенность всех органов женской половой системы детородного возраста вне беременности – цикличность.

Женские половые органы делятся на наружные и внутренние.

К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища (большие железы преддверия – Бартолиновы железы) и промежность. Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева.

Лобок – богатое подкожным жиром возвышение, располагающееся спереди и выше лонного сочленения. Лобок покрыт волосами, рост волос по форме треугольника, основанием кверху - оволосение по женскому типу.

Большие половые губы – две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. В толще расположена жировая клетчатка и *большие (Бартолиновы) железы преддверия*, имеющие размер с горошину. Спереди большие половые губы соединены передней спайкой, сзади образуют заднюю спайку.

Малые половые губы - вторая пара продольных кожных складок. Спереди они раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара соединяется над клитором, задняя – под ним.

Клитор – небольшое конусовидное образование, состоящее из двух слившихся пещеристых тел. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами, гомологичен половому члену.

Преддверие влагалища – пространство, ограниченное спереди клитором, сзади – задней спайкой половых губ, с боков – внутренней поверхностью малых половых губ. Дно образует девственная плева. С преддверием сообщается влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала и выводные протоки парауретральных и Бартолиновых желез. Девственная плева расположена на границе между преддверием влагалища и влагалищем.

Мочепускающий канал (*уретра*) – его наружное отверстие расположено на 2-3 см кзади от клитора. Длина его у женщин 3 - 4 см. Ход канала почти прямой, с незначительным изгибом вверху. Уретра на всем протяжении соединена с передней стенкой влагалища. Сбоку от наружного отверстия уретры располагаются *парауретральные ходы* (Скинеевы железы).

Девственная плева - соединительно-тканная перепонка, которая закрывает вход во влагалище у девственниц. После первого полового сношения происходит разрыв девственной плевы, сопровождающийся кровотечением из разрушенных сосудов.

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Влагалище – растяжимый фиброзно-мышечный орган длиной 7-9 см, начинается от входа во влагалище и оканчивается сводом влагалища.

Стенка влагалища состоит из 3-х оболочек:

а) слизистая оболочка - многослойный плоский эпителий;

б) мышечная оболочка;

в) серозная оболочка - образована волокнистой соединительной тканью и соединяет влагалище с окружающими структурами.

Желез в слизистой оболочке влагалища нет, но оно всегда имеет содержимое и находится в увлажненном состоянии за счет пропотевания жидкости из кровеносных, лимфатических сосудов и присоединения секрета шейечных и маточных желез. Эти выделения у здоровой женщины имеют слизистый характер, молочный цвет, характерный запах и кислую реакцию.

Матка – полый, достаточно подвижный гладкомышечный орган, грушевидной формы, несколько уплощенный в переднезаднем направлении. Вне беременности матка имеет массу 50 г, длину – 8 см, ширину – 5 см, толщину 1-2 см. В матке различают верхнюю (широкую) часть – тело матки.

В верхней части выделяют дно матки, возвышающееся в виде купола, от углов которого отходят маточные трубы. Нижняя часть (узкая) матки – шейка матки. Находящийся между ними участок – перешеек. На тело матки приходится 2/3 её длины.

Тело матки имеет полость в форме треугольника, обращенного основанием к дну матки, а вершиной к внутреннему зеву. В углах треугольника открываются отверстия маточных труб.

Матка расположена в брюшной полости ассиметрично по отношению к средней линии. Тело матки обычно отклонено кпереди.

Во время беременности из нижней части тела, перешейка и надвлагалищной части шейки матки формируется так называемый нижний сегмент матки, образующий вместе с телом плодместилице. Передняя стенка матки тоньше задней и легче растягивается во время беременности и родов.

Верхний (дно, тело) и нижний (перешеек, шейка) сегменты выполняют разные функции. Верхний сегмент – сохраняющую во время беременности и изгоняющую в родах. Нижний сегмент – запирающую во время беременности и открывательную в родах.

В теле матки различают три слоя:

а) внутренний – слизистая оболочка (эндометрий) с множеством трубчатых желез, покрытая цилиндрическим однослойным мерцательным эпителием;

б) средний – мышечный (миометрий) – образован гладкомышечными волокнами, составляющими наружный и внутренний – продольный и средний – циркулярный слой;

в) наружный – серозный покров (периметрий) – брюшина, покрывающая матку.

Шейка матки – узкая, нижняя часть матки. Различают влагалищную часть, вдающуюся во влагалище ниже сводов и надвлагалищную часть – верхнюю, располагающуюся выше сводов. Имеет цилиндрическую форму. Надвлагалищная часть шейки матки открывается в полость матки внутренним зевом. Влагалищная часть заканчивается наружным зевом.

Шейка матки имеет узкий и несколько расширенный в средней части канал. Канал шейки матки содержит слизистую пробку, отделяемое его желез. Слизистая пробка препятствует проникновению микроорганизмов из влагалища в матку.

Перед овуляцией железы вырабатывают жидкий секрет, облегчающий прохождение сперматозоидов в полость матки. При беременности железы вырабатывают вязкий слизистый секрет, препятствующий проникновению в матку сперматозоидов и микроорганизмов. Во время родов под влиянием релаксина происходит размягчение тканей шейки матки.

Маточные трубы начинаются от правого и левого углов матки, идут в стороны к боковым стенкам таза, имеют в среднем длину 10-12 см, толщину 0,5 см. Труба имеет два отверстия: одно более широкое, открывается в брюшную полость, образуя воронку; другое более узкое – в полость матки.

Различают 4 части:

- интерстициальную, проходящую в толщине стенки матки;

- перешеек или истмическую часть, наиболее узкую;

- ампулярную – расширенную часть;

- воронку, расщепляющуюся на бахромки – фимбрии.

В ампулярном отделе маточной трубы происходит оплодотворение яйцеклетки, после чего ее перемещение осуществляется за счет перистальтики маточной трубы и мерцания ресничек ее эпителия.

Стенка маточной трубы состоит из трех слоев: брюшины, мышечного слоя и слизистой оболочки.

В маточных трубах, как и в других органах половой системы, на протяжении менструального цикла происходят циклические функционально-морфологические изменения. Эти изменения направлены на создание оптимальных условий для оплодотворения и начальных этапов развития оплодотворенной яйцеклетки.

Яичники являются парными женскими половыми железами. Они имеют миндалевидную форму и белесовато-розоватый цвет. Длина яичника в среднем у взрослой женщины составляет 3,5-4 см, ширина – 2-2,5 см, толщина – 1-1,5 см, масса 6-8 г. Яичники располагаются по обе стороны матки, позади широких связок. Яичник покрыт слоем зародышевого эпителия, под которым располагается соединительнотканная белочная оболочка. Глубже размещается корковое вещество, в котором находится многочисленные первичные фолликулы, фолликулы в разной стадии развития, желтые тела. Внутренним слоем яичника является мозговой, состоящий преимущественно из соединительной ткани, в котором проходят многочисленные сосуды и нервы. Место вхождения сосудов в яичник называют его воротами.

Яичники в организме женщины выполняют важнейшие функции. В яичниках происходят циклические изменения, в результате которых происходит созревание и выход в брюшную полость яйцеклеток, способных к оплодотворению. В этом заключается основная репродуктивная функция женского организма.

Яичник является железой внутренней секреции, вырабатывает половые гормоны, такие как эстрогены, прогестерон и небольшое количество андрогенов. Под влиянием этих гормонов в период полового созревания происходит развитие вторичных половых признаков и половых органов. В периоде половой зрелости участвуют в циклических процессах, подготавливающих организм женщины к беременности.

Маточные трубы, яичники и связки матки называются *придатками матки*.

Связочный аппарат половых органов и клетчатка малого таза

Нормальному, типическому расположению женских половых органов способствует следующие факторы: собственный тонус половых органов; взаимоотношения между внутренними органами; согласованная деятельность диафрагм, брюшной стенки и тазового дна; подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппараты матки.

Подвешивающий аппарат матки состоит из связок, к числу которых относятся парные круглые, широкие, воронко-тазовые и собственные связки яичников. Круглые связки отходят от углов матки, кпереди от маточных труб, идут через паховый канал, прикрепляются в области лонного сочленения, притягивая дно матки вперед (антерзия матки). Широкие связки – главные связки, укрепляющие положение матки в малом тазу, отходят в виде двойных листов брюшины от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах этих связок подбрюшинно проходят маточные трубы, к задним листкам прикреплены яичники. Между листками связок находится околоматочная клетчатка. Воронко-тазовые связки, являясь продолжением широких связок, идут от воронки трубы до стенки таза. Собственные связки яичников начинаются от дна матки кзади и несколько ниже отхождения маточных труб, прикрепляются к яичникам.

К *закрепляющему аппарату* относятся крестцово-маточные, основные, маточно-пузырные и пузырно-лобковые связки. Крестцово-маточные

связки отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, охватывают с двух сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади. Основные связки идут от нижнего отдела матки кпереди, к мочевому пузырю и далее продолжают к симфизу, как пузырно-лобковые связки.

В поддерживающий или опорный аппарат входят три слоя мышц и фасции тазового дна.

Пространство от боковых отделов матки до стенок матки занимает околоматочная параметральная клетчатка (параметрий), в которой проходят сосуды и нервы. Кроме параметральной клетчатки, в тазовую клетчатку также входит паравезикальная (околопузырная), паравагинальная (окололагалищная) и параректальная (околопрямокишечная) клетчатка.

Менструальная функция и ее регуляция

Женская половая система выполняет 4 специфические функции:

- менструальную;
- половую;
- репродуктивную;
- секреторную.

Менструальный цикл – сложный биологический процесс, протекающий в организме женщины, выражающийся в закономерных циклических изменениях в ее половой системе, а также других системах женского организма: сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной и др.

Менструальный цикл начинается с периода полового созревания (в средней полосе Европейской части - с 12-15 лет) и продолжается в детородном возрасте до 45-46 лет. Длительность одного менструального цикла условно определяется от первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации. Продолжительность цикла вариабельна. Примерно у 60% женщин составляет 28 дней, у 28% - 21 день, у 10% - 30-35 дней.

Среди органов половой системы наиболее выраженные циклические изменения наблюдаются в яичниках и матке. Основной особенностью является двухфазность.

Менструация – периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей женщины в результате отторжения функционального слоя эндометрия в конце 2-х фазного цикла. Это наступает тогда, когда не произошло оплодотворение созревшей яйцеклетки, т.е. не наступает беременность. Кровотечение длится 3-5 дней, количество крови 50-150 мл.

Нормальный менструальный цикл включает в себя три основных компонента:

циклические изменения в системе гипоталамус – гипофиз – яичник – яичниковый цикл; циклические изменения в матке, преимущественно в эндометрии – маточный цикл; многообразные физиологические сдвиги в разных системах организма.

Особо важную роль в регуляции менструального цикла играет гипоталамо-гипофизарная система.

Функция гипоталамуса и передней доли гипофиза (аденогипофиз) в свою очередь регулируется центральной нервной системой и ее высшим отделом – корой головного мозга.

В аденогипофизе вырабатываются, а затем выделяются в кровь, гонадотропные гормоны, стимулирующие функции половых желез:

- фолликулостимулирующий (ФСГ);
- лютеинизирующий (ЛГ);
- пролактин.

ФСГ – способствует созреванию фолликулов в яичниках и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона.

ЛГ – обеспечивает разрыв фолликула, выход яйцеклетки в брюшную полость, контролирует образование и активность желтого

тела.

Пролактин – обеспечивает выработку гормона желтого тела – прогестерона и секрецию молочных желез.

В первой половине менструального цикла преобладает выработка ФСГ; в середине – ФСГ и ЛГ; во второй половине цикла – ЛГ и пролактина.

Под влиянием этих гормонов гипофиза происходят циклические изменения в яичниках. Гипофизарно-яичниковые взаимоотношения носят двусторонний характер, т.е. не только гормоны гипофиза действуют на функцию яичника, но и половые гормоны также влияют на уровень гонадотропинов.

Яичниковый цикл

Протекает под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза и состоит из 2-х фаз:

развитие фолликула, разрыв созревшего фолликула и выход яйцеклетки в брюшную полость – фолликулярная фаза;

развитие желтого тела – лютеиновая (прогестероновая) фаза.

К моменту рождения девочки в ее яичниках содержится от 100000 до 400000 первичных фолликулов. Первичный фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, окруженной слоем эпителиальных клеток и соединительно-тканной оболочкой.

Ко времени появления первой менструации число первичных фолликулов уменьшается до 30000-50000.

За весь период половой зрелости полностью созревают 450-500 фолликулов.

В фолликулярной фазе яичникового цикла происходит рост и созревание фолликула, что занимает первую половину менструального цикла. Происходит увеличение, созревание и деление яйцеклетки, округление и размножение клеток фолликулярного эпителия, который превращается в зернистую оболочку фолликула. В толще зернистой оболочки накапливается фолликулярная жидкость. Фолликулярный эпителий, окружающий яйцеклетку, называется лучистым венцом. Зрелый фолликул достигает в диаметре 1,5-2 см.

По мере созревания фолликул вырабатывает женские половые гормоны – *эстрогены*. Эстрогенные гормоны, кроме яичников, также вырабатываются в коре надпочечников.

Значение эстрогенов:

- в период полового созревания вызывают рост и развитие половых органов, появление вторичных половых признаков;
- в период половой зрелости повышают тонус и возбудимость матки, способствуют развитию и функционированию молочных желез, пробуждают половое чувство.

Овуляция – выход зрелой яйцеклетки из фолликула яичника в брюшную полость. Яйцеклетка попадает в брюшную полость, далее в маточную трубу, в ампулярном отделе которой происходит оплодотворение.

Если оплодотворение не произошло, то через 12-24 часа яйцеклетка в полости трубы начинает разрушаться.

Овуляция происходит под влиянием ФСГ и ЛГ и эстрогенных гормонов в середине менструального цикла. Это время является наиболее благоприятным для зачатия.

Фаза развития желтого тела - лютеиновая, занимает вторую половину менструального цикла. На месте разорвавшегося фолликула после овуляции образуется желтое тело, продуцирующее гормон *прогестерон*. Желтое тело в стадии наивысшего развития достигает величины лесного ореха (до 2 см в диаметре). Развитие желтого тела происходит под влиянием ЛГ, а образованию прогестерона способствует пролактин.

Значение прогестерона (гестагенный гормон):

- подготавливает организм женщины к беременности;
- под его влиянием происходит секреторная трансформация эндометрия, необходима для имплантации и развития плодного яйца;
- понижает возбудимость и сократительную деятельность матки, способствует сохранению беременности;
- стимулирует развитие молочных желез и подготавливает их к секреции молока.

При отсутствии беременности в конце лютеиновой фазы наступает обратное развитие желтого тела, снижается продукция прогестерона и начинается созревание нового фолликула.

В яичниках вырабатывается небольшое количество мужских половых гормонов – андрогенов, которые способствуют росту волос в подмышечных впадинах, на лобке, а также развитию клитора и половых губ.

Маточный цикл характеризуется изменениями в слизистой оболочке матки, имеет одинаковую продолжительность с яичниковым и протекает в 2 фазы:

- фаза пролиферации;
- фаза секреции с последующим кровотоком.

Первая фаза маточного цикла начинается после того, как заканчивается отторжение функционального слоя слизистой оболочки матки (к 3-4 дню менструального цикла).

В ранней стадии пролиферации (на 5-7 день) происходит эпителизация раневой поверхности слизистой оболочки матки за счет эпителия желез бального слоя.

В средней стадии (8-10 день) поверхность слизистой оболочки матки выстилается высоким призматическим эпителием, железы эндометрия слегка извитые.

В поздней стадии (11-14 день) железы эндометрия приобретают извилистые очертания, иногда они штопорообразные, просвет их расширяется. Слизистая оболочка матки резко утолщена.

Эта фаза маточного цикла совпадает с фолликулярной фазой яичникового цикла и зависит от влияния гормонов.

Вторая фаза – фаза секреции, протекает под влиянием прогестерона, также - в 3 стадии и совпадает с лютеиновой фазой яичникового цикла:

- ранняя - 15-18 день;
- средняя - 19-23 день;
- поздняя - 24-27 день.

Функциональный слой слизистой оболочки матки еще более разрыхлен и утолщен. В результате многочисленных изменений в слизистой оболочке матки создаются условия, благоприятные для развития зародыша.

При отсутствии беременности в конце менструального цикла желтое тело в яичнике погибает, уровень прогестерона в крови резко снижается, функциональный слой эндометрия отторгается и наступает менструация.

ОСОБЕННОСТИ МУЖСКОГО ОРГАНИЗМА В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Половые органы мужчины *анатомически* делят на наружные и внутренние.

К наружным относятся – половой член и мошонка.

К внутренним – яички, придатки, семявыносящие протоки, бульбоуретральные железы, семенные пузырьки, предстательная железа.

Половой член служит для совершения сокоупления, проведения спермы во влагалище женщины, а также для выведения мочи из мочевого пузыря.

Различают головку (дистальную часть), ствол (тело) и корень полового члена (основание), которым он прикрепляется ниже лобковой части у основания мошонки.

Ствол полового члена состоит из двух пещеристых и губчатого тел.

Пещеристые тела являются основными структурами в эрекции полового члена. Пещеристая ткань напоминает по строению губку, преобладающую часть ее составляют гладкомышечные клетки.

Губчатое тело в дистальном конце заканчивается конусообразным утолщением – головкой полового члена, на верхушке которого имеется вертикальная щель – отверстие мочеиспускательного канала.

Ткань губчатого тела богата эластическими волокнами, это обеспечивает свободное прохождение жидкости и смыкание просвета уретры после мочеиспускания или семяизвержения.

Кожа полового члена тонкая, легко смещается, у верхушки головки подворачивается и прикрепляется у основания головки, образуя свободную складку – крайнюю плоть. На внутренней стороне крайней плоти имеются сальные железы.

У взрослого мужчины размеры полового члена переменны. В состоянии покоя длина от лобка до конца головки – 9 - 10,5 см, окружность 6 см.

Мочеиспускательный канал – представляет собой щель шириной 5-7 мм, отграниченную от окружающих тканей слизистой оболочкой и мышечно-эластическими элементами, которая начинается от шейки мочевого пузыря внутренним отверстием и заканчивается на головке полового члена наружным отверстием.

Мочеиспускательный канал служит для выведения мочи и секретов половых желез.

Он имеет неподвижный (задний) и подвижный (передний) отделы.

На своем пути мочеиспускательный канал проходит через различные образования, поэтому анатомически делится на внутрипузырную, предстательную, перепончатую и губчатую части.

Предстательная железа – непарный железисто-мышечный орган, напоминает по форме усеченный конус, в котором выделяют верхушку, основание, переднюю и заднюю поверхность. Масса ее около 25 г, вертикальный размер – 3 см, горизонтальный – 4 см.

Она эксцентрично охватывает начальную поверхность мочеиспускательного канала и тесно прилежит своим основанием ко дну мочевого пузыря.

Передняя поверхность предстательной железы прикрепляется к лобковому симфизу парной лобково-предстательной связкой и отделена рыхлой клетчаткой. Задняя поверхность граничит со стенкой прямой кишки.

Сзади и сверху к предстательной железе прилежат семенные пузырьки, а медиальнее их – семявыносящие протоки. Выводной проток семенного пузырька сливается с семявыводящим протоком, образуя протоки, которые проходят через толщу предстательной железы и открываются в мочеиспускательный канал двумя отверстиями на семенном холмике.

В предстательной железе различают 3 доли: 2 боковые – правая и левая и среднюю (перешеек). Предстательная железа состоит из 30 - 50 трубчато-альвеолярных желез, между которыми находится соединительная ткань.

Предстательная железа – это аденозависимый орган, поставляющий около 30% спермы. При уменьшении уровня андрогенов в крови ее секреторная активность значительно снижается. Таким образом, предстательная железа увеличивает объем эякулята, участвует в разжижении, оказывает буферное и ферментативное действие на эякулят в целом и активизирует движение спермиев. Она тесно связана с семявыводящими путями. Размеры предстательной железы меняются с возрастом.

Семенной бугорок – возвышение продолговатой формы, расположенное на задней стенке предстательной части мочеиспускательного канала. Основу его составляет тяж из эластических волокон. Центральную часть занимает предстательная или мужская мошонка.

Мошонка – непарное кожно-мышечное вместилище, разделенное вертикальной перегородкой на правую и левую половины в каждой из которых помещаются яичко с придатком и мошоночный отдел семенного канатика.

Семенной пузырек – парный железистый аденозависимый орган, имеет веретенообразную форму. Семенные пузырьки располагаются над предстательной железой и передней поверхностью прилегают к дну мочевого пузыря. Секрет семенных пузырьков состоит из вязкой, желеподобной субстанции. Наиболее важной функцией является секреция фруктозы, уровень которой является показателем андрогенной насыщенности.

Придаток яичка – парный, продолговатый, секреторно-активный орган, тесно связанный с яичком, является частью семявыводящих путей и служит для проведения, накопления и созревания спермиев.

Семявыводящий проток – парный орган, является непосредственным продолжением придатка яичка, входит в состав семенного канатика и служит для проведения спермиев.

Семенной канатик – парное образование, подвешивающее яичко, это тяж до 15 - 20 см длиной, в состав входят семявыводящий проток и сосуды.

Яичко – парный железистый орган с внешней и внутренней секрецией, вырабатывает сперматозоиды - внешний секрет, половые мужские и женские гормоны. Это овальное тело, располагающееся в мошонке, масса 20-30г. Ткань яичка покрыта плотной фиброзной оболочкой. Ткань паренхиматозная, состоит из 250-300 долек. В каждой дольке располагаются 2-3 семенных канальца. Местом образования сперматозоидов являются извитые канальцы. Прямые канальцы – выводящие.

В функциональном отношении половые органы мужчины подразделяют на:

- половые железы – яички;
- дополнительные половые образования (придаточные половые железы);
- семявыводящие пути;
- органы совокупления.

Яички выполняют двойную функцию:

- внешнесекреторную - сперматогенез (образование мужских половых клеток – сперматозоидов);
- внутрисекреторную – выделение мужских половых гормонов – андрогенов (основной из них - тестостерон) и небольшое количество эстрогенов. Другим продуктом секреции яичек являются простагландины. Тестостерон способствует возникновению вторичных половых признаков, созреванию спермиев – мужских половых клеток.

Сперматогенез осуществляется в извитых семенных канальцах яичка, которые составляют основную массу. Развитие проходит в 3 этапа:

- пролиферация – сперматогенез;
- деление и созревание сперматидов;
- образование спермиев.

Деятельность яичек находится непосредственно под влиянием ЦНС, гипоталамуса и гипофиза.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №3

Тема: Роль семьи в жизни человека. Планирование семьи.

Цель: формирование у студентов представлений о роли семьи в человеческой жизни, планировании семьи, охране семьи.

Вопросы для рассмотрения:

Составление рекомендаций по подготовке к запланированной беременности.

Обучение семейной пары правильному использованию отдельных видов контрацепции.

Основные понятия темы:

Сущность оплодотворения

Сущность процесса оплодотворения заключается в слиянии женской и мужской половых клеток. Оплодотворению предшествуют сложные процессы созревания яйцеклетки (*оогенез*) и сперматозоида (*сперматогенез*).

Зрелая яйцеклетка состоит из протоплазмы и ядра. Поверхность ее покрыта блестящей прозрачной оболочкой. После выхода яйцеклетки из фолликула она покрыта многослойным эпителием, т. е. гранулезными клетками, образующими лучистый венец.

Зрелый сперматозоид состоит из головки, шейки и хвостика. Головка содержит наиболее важную часть половой клетки - ядро, несущее наследственные признаки отца. Благодаря хвосту сперматозоид активно передвигается со скоростью 2-3 мм/мин.

В отличие от сперматозоида яйцеклетка подвижностью не обладает. Зрелая яйцеклетка выходит в брюшную полость из фолликула в момент овуляции и попадает в маточную трубу. Период овуляции и первые 12-24ч. после нее являются самыми благоприятными для оплодотворения (фертильные дни).

При половом сношении во влагалище извергается сперма 3-5 мл, которая содержит 300-500 млн. сперматозоидов. В 1 мл спермы содержится от 60 до 100 млн. сперматозоидов, 70% которых должны быть подвижны и иметь нормальное строение. Такая сперма считается полноценной. Во влагалище часть сперматозоидов погибает под действием кислой среды влагалища. Наиболее жизнеспособные попадают через шейный канал в полость матки и маточные трубы. В щелочной среде в матке и маточных трубах сперматозоиды сохраняют способность к движению в течение 3-4 дней, а к оплодотворению 24-48 часов. Подвижные сперматозоиды достигают полости матки через ½ -1ч, а в маточные трубы попадают через

1 ½ - 2ч, где встречаются с яйцеклеткой. Сперматозоиды, проникшие через матку и трубы в брюшную полость, погибают в течение суток.

Оплодотворение обычно происходит в ампулярном отделе маточной (фаллопиевой) трубы. К зрелой яйцеклетке устремляются миллионы сперматозоидов. На поверхности яйцеклетки образуется воспринимающий бугорок, через который в яйцеклетку проникает только один сперматозоид. Массовому проникновению препятствует лучистый венец и прозрачная оболочка. С момента слияния половых клеток, т.е. оплодотворения, начинается беременность. Образуется одноклеточный зародыш – *зигота*, из которой за 40 недель развивается человеческий организм.

Основные этапы развития плодного яйца

Предимплантационный период. Оплодотворенная яйцеклетка, продвигаясь по маточной трубе, подвергается дроблению, образуя две дочерние клетки – бластомеры, последующее деление - комплекс бластомеров, напоминающий тутовую ягоду - *морулу*.

В процессе деления образуется два вида бластомеров: одни более крупные и темные, другие мелкие и светлые. Скопление темных и крупных, располагающихся в центре морулы, получило название *эмбриобласт*. Из него впоследствии образуются клетки зародыша. Светлые мелкие клетки находятся на поверхности и образуют *трофобласт*, который обеспечивает имплантацию и питание зародыша. При прохождении через маточные трубы между эмбриобластом и трофобластом образуется небольшая полость, заполненная жидкостью – *бластоциста*.

Продвижение зародыша по маточной трубе продолжается в течение 4-5 дней, на 5-6 день он попадает в матку. Движение зародыша осуществляется за счет перистальтики трубы, мерцания ресничек

покрывного эпителия в сторону матки, продольного расположения складок трубы, а также - выделения секрета, который обволакивает морулу и увлажняет поверхность слизистой оболочки трубы.

На стадии морулы оплодотворенная яйцеклетка попадает в матку, где происходит процесс ее внедрения в слизистую оболочку – *имплантация*. Трофобласт выделяет ферменты, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки и плодное яйцо оседает на ее поверхности. В течение 24 ч. зародыш погружается в слизистую более, чем на половину, а за 40 ч. – полностью. После этого отверстие над ним зарастает, процесс имплантации заканчивается (на 6-7 день после оплодотворения).

После имплантации начинается быстрое развитие зародыша и его оболочек. Происходит ответственный период закладки основных органов - *органогенез*, а также формирование плаценты - *плацентация*.

Плодное яйцо быстро растет, при этом происходит развитие, как самого зародыша, так и его оболочек. Из внутреннего слоя клеток трофобласта, окружающих зародыш, формируется оболочка, которая продуцирует околоплодные воды и называется *амнионом*. Из наружного слоя трофобласта развивается наружная оболочка плодного яйца, которая носит название ворсинчатой - *хорион*. Ворсины хориона вначале не имеют сосудов, постепенно происходит васкуляризация хориона - в его ворсины врастают сосуды зародыша. Это обеспечивает более интенсивный обмен веществ между зародышем и организмом матери. На II-III месяце беременности начинается атрофия ворсин хориона на одном полюсе плодного яйца, обращенном в полость матки. На противоположной стороне хориона, погруженного в слизистую матки, ворсины разрастаются, таким образом, хорион делится на гладкий и ветвистый. В начале IV месяца (16 нед) ветвистая часть хориона превращается в плодную часть плаценты. Помимо ворсин хориона, составляющих главную массу плаценты, в ее формировании принимает участие децидуальная оболочка матки - материнская часть плаценты.

К 12-14 неделе беременности завершается период органогенеза плода и плацентации. К этому времени достаточно хорошо сформирована плацента, заложены все органы и системы. Плод окружен околоплодными водами и тремя оболочками, две из которых являются плодными (амнион и хорион) и одна - материнской (децидуальная).

Плод с плацентой соединяет шнуровидное образование - пуповина, в которой проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная

кровь от плода к плаценте (т.е. к матери), по вене к плоду притекает артериальная кровь. Сосуды пуповины окружены студенистой соединительной тканью – *вартонов студень*.

После 12-14 недель начинается плодный (фетальный) период внутриутробного развития - фетогенез. До этого времени зародыш назывался эмбрионом, после - плодом. Фетальный период продолжается до окончания беременности.

Снабжение плода необходимыми питательными веществами, кислородом и удаление продуктов обмена осуществляется через *плаценту*.

К концу беременности плацента имеет диаметр 15-18 см, толщину 2-3 см, массу 500-600г. В плаценте различают две поверхности: внутреннюю или плодную и наружную, или материнскую. На плодной поверхности, покрытой водной оболочкой, проходят сосуды. Материнская поверхность состоит из 15-20 отдельных долек. Плацента вместе с оболочками и пуповиной составляют *послед*.

Плацента человека относится к самому совершенному типу развития - гемохориальному: ворсин хориона, прикрепляются к слизистой матки, расплавляют стенки проходящих в ней сосудов. Кровь из материнских сосудов изливается в межворсинчатые пространства - *лакуны*. Ворсин как бы плавают в лакунарной крови. Из материнской крови, циркулирующей между ворсин, через стенку ворсин в их кровеносные сосуды проникают питательные вещества, кислород. Далее по сосудам кровь собирается в пупочную вену и поступает к плоду. В обратном направлении из крови плода в кровь матери поступают продукты обмена, подлежащие удалению.

Материнская кровь в лакунах не смешивается с кровью плода, протекающей по сосудам внутри ворсин. Плод имеет самостоятельную систему кровообращения.

Функции плаценты: дыхательная, трофическая, выделительная, секреторная и барьерная. Она синтезирует сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ, необходимых для правильного развития беременности. Плацента защищает плод от токсических продуктов обмена матери. Однако защита плацентой осуществляется в ограниченных пределах. Так, через плаценту легко проходят наркотики, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк, некоторые лекарственные препараты, например, антибиотики тетрациклинового ряда, возбудители внутриутробных инфекций, в т.ч. - вирус краснухи.

Необходимой средой обитания плода являются околоплодные воды, которые образуются в результате секреции эпителием амниона, трансудации из крови матери и деятельности почек плода. К концу беременности накапливается 1-1,5л вод.

Состав околоплодных вод: белки, жиры, углеводы, калий, кальций, микроэлементы, ферменты, гонадотропные гормоны, окситоцин и др.

Функции околоплодных вод:

- являются средой обитания плода, создают условия для его развития и движений;
- защищают организм плода от внешних воздействий;
- препятствуют сращению кожи плода с амнионом;
- предохраняют пуповину от сдавливания;
- участвуют в обмене веществ плода;
- являются питательной средой для плода.

В околоплодные воды плодом выделяется моча и секрет из дыхательных путей. Обновляющиеся в среднем через каждые 3-6 ч. воды, подвергаются значительным изменениям в связи с состоянием матери и плода.

Физиологические изменения в организме беременной

Под влиянием новых условий, связанных с развитием плода, в организме беременной возникают многочисленные сложные физиологические адаптационно - защитные изменения. Они определяют гомеостаз и нормальное функционирование органов и систем, способствуют правильному развитию плода, подготавливают организм женщины к родам и кормлению новорожденного.

Перестройка организма регулируется ЦНС при активном участии желез внутренней секреции.

Нервная система. Происходят сложные изменения, имеющие

физиологический характер. В первые месяцы беременности и в конце её происходит понижение возбудимости коры головного мозга.

Одновременно происходит возбудимость ретикулярной формации ствола и спинного мозга.

Наблюдаются изменения в тонусе вегетативной нервной системы (в начале повышение тонуса) - изменение вкуса, тошнота, повышенное выделение слюны, запоры, склонность к головокружению.

Эндокринная система. В яичнике развивается новая железа - желтое тело беременности, продуцирующая прогестерон, с III-IV месяца подвергается регрессу, и его функцию выполняет плацента. В яичнике овуляция не происходит. В плаценте также вырабатываются гормоны - эстрогены. Увеличивается в 2-3 раза передняя доля гипофиза, в ней образуются клетки беременности. Усиливается продукция гонадотропных гормонов, особенно лютеинизирующего и лютеотропного (пролактин) - подготавливают молочные железы к лактации. Щитовидная железа увеличивается на 35-40%. Надпочечник подвергается значительному изменению - повышается синтез стероидных гормонов.

Иммунная система. Возникающие изменения связаны с антигенной

неоднородностью организма матери и плода, в результате плод не отторгается.

Обмен веществ. Возрастает основной обмен и потребление кислорода, что компенсируется увеличением частоты дыхания и легочной вентиляции. Изменяются белковый, углеводный, липидный, минеральный и водный обмены. В общем обмене большое значение имеют витамины, потребность в них возрастает.

Сердечно-сосудистая система. Разрастается сосудистая сеть матки и

других отделов половой системы, увеличивается масса крови, возникает новый круг плацентарного кровообращения. Происходит физиологическая гипертрофия левого желудочка, увеличивается минутный объем, увеличивается проницаемость капилляров. АД при физиологической беременности не изменяется, однако во II половине появляется склонность к гипертензии.

Кровь. Усиливается кроветворение, возрастает количество эритроцитов, гемоглобина, плазмы крови и общий объем циркулирующей крови. Повышается свертываемость крови, особенно в последние месяцы беременности.

Органы дыхания. Деятельность легких усиливается, благодаря

расширению грудной клетки, увеличивается использование кислорода.

Органы пищеварения. Изменение вкуса, повышение аппетита.

Секреция желез желудка и кишечника не изменяются, но снижается моторная активность, что ведет к запорам.

Мочевыделительные органы. Почки функционируют с большим

напряжением, т.к. выводят продукты обмена матери и плода.

Кожа - пигментные пятна, рубцы беременности.

Масса тела. В норме прибавка массы тела за беременность составляет 7 - 14кг.

Молочные железы. Происходит подготовка к лактации. Железистые дольки увеличиваются, число их возрастает. В первые месяцы появляется молозиво.

Матка к концу беременности увеличивается в 20 раз, занимает почти всю полость живота. Длина матки к концу беременности 37-38 см, объем внутренней полости возрастает в 500 раз. Увеличение происходит за счет гипертрофии мышечных волокон. Каждое мышечное волокно удлинняется в 10-12 раз и утолщается в 4-5 раз, одновременно происходит размножение мышечных волокон. Гиперплазия главным образом происходит в первой половине беременности (до 18-20 недель). Соединительная ткань матки разрастается и разрыхляется. Количество эластических волокон нарастает. Все это приводит к размягчению матки, увеличению её пластичности и эластичности. Матка приобретает способность изменять форму, величину, емкость, тонус, возбудимость и сократительную функцию.

Возбудимость матки в первые месяцы беременности понижена, с увеличением срока беременности она возрастает, достигая наивысшей степени к родам.

Яичники несколько увеличиваются, становятся мягче, овуляция в них прекращается.

Связки удлиняются и утолщаются.

Во влагалище резко возрастает кровоснабжение, стенки разрыхляются, становятся сочными и легко растяжимыми. Слизистая приобретает цианотичную окраску. То же происходит с наружными половыми органами.

Диагностика беременности

В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков.

Предположительные (сомнительные) признаки:

- изменение аппетита, тошнота, иногда рвота по утрам;
- изменение вкуса и обоняния;
- изменение со стороны нервной системы (плаксивость, раздражительность, сонливость);
- пигментация кожи.

Вероятные признаки:

- прекращение менструации;
- увеличение молочных желез, появление молозива при надавливании на сосок;
- цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- увеличение матки, изменение ее формы и консистенции.

Выявление вероятных признаков производится путем:

- а) опроса;
- б) пальпации молочных желез и выдавливания молозива;
- в) осмотра наружных половых органов;
- г) исследования при помощи зеркал;
- д) бимануального исследования.

Диагноз беременности является несомненным при наличии *достоверных признаков*, появляющихся в более поздние сроки (с 20 недель):

- выслушивание сердцебиения плода стетоскопом (с 23 недель);
- ощущение шевеления (у первобеременных – с 20 недель, у повторнобеременных – с 18);
- пальпация частей плода в полости матки при наружном акушерском исследовании (приемы Леопольда);
- данные ультразвукового и рентгенологического исследования.

Понятие «планирование семьи». Центры планирования семьи

Планирование семьи - комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, направленных на рождение желанных для семьи, здоровых детей, на профилактику абортов, сохранение репродуктивного здоровья, достижения гармонии в браке.

По определению ВОЗ «Планирование семьи» - это обеспечение репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей.

Планирование семьи актуально для всех цивилизованных стран мира и охватывает охрану репродуктивного здоровья населения, а также связано со здоровьем будущего поколения, сохранением генофонда нации.

Планирование семьи, как и поиск противозачаточных средств, велись уже тысячи лет назад, ведь во все времена необходимость предупреждения беременности была так же сильна, как и потребность в материнстве.

Чуть ли не самый древний след о попытках планирования семьи оставили египтяне в папирусах, написанных 3,5 тысячи лет назад. Там был описан тампон, пропитанный средством, которое предотвращало зачатие. Во времена Гипократа уже было известно, что в зависимости от менструального цикла существуют благоприятные и неблагоприятные для зачатия дни. Некоторые женщины этим методом регулирования беременности пользуются и сегодня, хотя надежность его весьма низка. Но возможность руководить способностью к зачатию осознанно человек получил только 60 лет назад, когда японец Огино и австриец Кнаус открыли, как происходит оплодотворение. Первый метод регулирования способности к зачатию, основанный на научных наблюдениях, был назван методом Огино-Кнауса или физиологический метод и получил название супружеского календаря.

В наши дни контроль рождаемости - это понятие, известное любому цивилизованному человеку в любой стране. Ребенок в семье - большое счастье, но в наше время дети должны появляться на свет, когда их ждут. Тогда счастливы и родители, и ребенок, и тогда достигается гармония в браке.

Необходимо разумно планировать свою семейную жизнь, как женщине, так и мужчине. С молодых лет надо думать о своем здоровье и чаще обращаться по интимным вопросам к специалистам.

В настоящее время в России созданы и функционируют центры планирования семьи и репродукции на федеральном и региональном уровнях. Структурными подразделениями являются кабинеты планирования семьи.

В российской программе планирования семьи большие надежды возлагаются на средний медицинский персонал, на его активную просветительскую и информационную работу с населением и непосредственное обучение методам и средствам контрацепции.

Функции центра планирования семьи:

- консультирование по вопросам планирования семьи;
- подробное информирование пациенток о современных противозачаточных средствах, показаниях и противопоказаниях к их использованию;
- подбор методов контрацепции;
- проведение профилактических гигиенических осмотров и наблюдение за пациентками, применяющими контрацепцию;
- направление на консультацию при затруднении подбора контрацепции, выявлении заболевания или беременности;
- проведение бесед по контрацепции с женщинами после аборта и родильницами;
- проведение работы с подростками по половому воспитанию, пропаганда здорового образа жизни.

Сестринский персонал должен иметь высокий общеобразовательный и специальный уровень подготовки. Одно из направлений деятельности - просветительская программа, призванная помочь молодым людям подготовиться к семейной жизни, ориентировать их в вопросах планирования семьи. Специалисты помогут молодым супругам наладить взаимоотношения между собой, подготовить к предстоящему рождению ребенка, объяснят как вести себя на этапах беременности, родов и послеродового периода. Здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственность, состояние здоровья родителей, факторов окружающей среды, особенностей течения беременности и родов.

Рекомендации супругам:

- благоприятный возраст для родов – 19 - 35 лет;
- интервалы между родами должны быть не менее 3 лет;
- зачатие допускается через 2 месяца после перенесенного инфекционного заболевания;
- рекомендовано зачатие осенью и зимой: снижается % спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта;
- за 2 месяца до зачатия женщина должна быть выведена из зоны контакта с химическими веществами;
- за 2 месяца до зачатия обоим супругам необходимо отказаться от вредных привычек.

Не менее важным направлением планирования семьи является предупреждение нежелательной беременности, а, следовательно - профилактика абортов, снижении гинекологической заболеваемости и материнской смертности.

Методы контрацепции

В настоящее время существует достаточно много различных противозачаточных средств. Согласно требованиям ВОЗ современный контрацептив должен максимально отвечать следующим требованиям:

- быть высокоэффективными;
- не оказывать системного влияния на организм;
- обладать обратимым действием;
- быть простым в применении;
- быть доступным и экономически выгодным.

Классификация

1. Гормональная контрацепция:

1. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК):

- а) состоящие из комбинации эстрогенов и гестагенов (моно-, двух-, трехфазные);
 - б) низкодифференцированные монофазные препараты, содержащие гестагены последнего поколения.
2. Мини-пили, содержащие микродозы гестагенов.
 3. Гестагенсодержащие нетаблетированные контрацептивы пролонгированного действия.
 4. Посткоитальные препараты, содержащие, как правило, гестагены в больших дозах.

II. Внутриматочная контрацепция (ВМК).

III. Барьерная контрацепция:

1. женская:

- а) химические средства – спермициды;
- б) немедикаментозные механические барьеры;
- в) медикаментозные механические барьеры;

2. мужская – презервативы.

IV. Биологические методы контрацепции:

1. ритмический;
2. температурный.

V. Хирургический метод:

1. женская стерилизация;
2. мужская стерилизация.

Гормональная контрацепция

В последние годы наиболее эффективным и самым распространенным в мире методом предупреждения беременности является гормональная контрацепция. Сегодня доказано, что при дифференцированном подходе к назначению контрацептивов, риск для здоровья женщин в 10 и более раз ниже риска, связанного с абортами, беременностью и родами.

Механизм действия гормональных контрацептивов:

- блокада овуляции;
- нарушение функции желтого тела;
- нарушение имплантации;
- уплотнение и сгущение цервикальной слизи.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Контрацептивные преимущества КОК:

- высокая эффективность (около 99%) и безопасность;
- быстрая обратимость - овуляция восстанавливается через 2-3 месяца после отмены КОК;
- использование не связано с половым актом;
- снижает страх нежелательной беременности.

КОК снижает риск развития:

- доброкачественных и злокачественных новообразований женских половых органов и молочных желез;
- воспалительных заболеваний органов малого таза;
- потерю костной массы в перименопаузе.

Неконтрацептивные преимущества:

- регуляция менструального цикла;
- снижение объема менструальной кровопотери и, как следствие, уменьшение частоты анемий;
- уменьшение предменструального напряжения;
- возможность изменить срок начала очередной менструации.

Начало приема КОК:

1. с 1-го дня менструального цикла
2. после аборта в тот же день
3. после родов:

- через три недели, если женщина не кормит грудью;
- через 6 месяцев, если женщина кормит ребенка грудью (метод лактационной аменореи).

Правила приема КОК:

- ежедневно в одно и то же время по 1 таблетке;
- завершив прием 21-ой таблетки, сделать 7-дневный перерыв; если в пачке 28 таблеток - перерыв не делать;
- при желании отсрочить менструацию - не делать 7-дневного перерыва.

Если пропущена таблетка более 12 часов:

- принять пропущенную таблетку
- следующие таблетки принимать как обычно
- дополнительная контрацепция в течение 7 дней.

Риск, связанный с приемом КОК:

- увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний у курящих женщин старше 35 лет;
- увеличение риска тромбозов.

Проходящий побочный эффект: у некоторых женщин в первые 1-2 менструальных цикла приема КОК иногда появляются мажущие кровянистые выделения из-за недостаточной дозы эстрогенов в КОК или индивидуальной чувствительности, тошнота, головная боль, нагрубание молочных желез. Данные симптомы самостоятельно исчезают примерно к 4-му циклу.

Противопоказания к применению КОК:

1. абсолютные:

- а) беременность;
- б) тромбоз, тромбофлебит, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь;
- в) мигрень с очаговой неврологической симптоматикой;
- г) болезни печени: острый вирусный гепатит, декомпенсированный цирроз, опухоли печени;
- д) злокачественные опухоли;

2. относительные:

- а) курение;
- б) ожирение;
- в) сахарный диабет.

КОК могут быть 3 типов:

1. монофазные - в каждой таблетке содержится постоянная доза эстрогенов и гестагенов (ноновлон, ригевидон, новинет, регулон, марвелон, микрогенон и др.);
2. двухфазные - первые 10 таблеток содержат эстрогены, а остальные 11 таблеток являются комбинированными (антеовин);
3. трехфазные - состоят из трех видов таблеток, в зависимости от содержания в них эстрогенов и гестагенов и отличаются по цвету (трирегол, триквилар, тризистон).

Многофазные КОК обеспечивают наименьшее вмешательство в естественное течение циклических процессов в репродуктивной системе

женщины, оказывают минимальное влияние на свертывающую систему крови, липидный обмен, содержание инсулина.

Мини - пили (МП)

К этой группе относятся препараты, содержащие микродозы гестагенов. Препараты группы МП обладают минимальным системным воздействием на организм и могут быть рекомендованы следующим группам женщин:

- кормящим матерям с 6-ой недели послеродового периода;
- в позднем репродуктивном возрасте (старше 35-40 лет);
- с побочными нежелательными эффектами от применения КОК;
- больным сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ожирением.

К неблагоприятным побочным эффектам применения МП можно отнести: межменструальные кровянистые выделения, болезненность молочных желез.

Контрацептивный эффект наблюдается через 48 часов после начала приема МП. Принимают с первого дня без семидневного перерыва, в постоянном режиме (микронор, фемулен, континуин, овретте и др.).

Гестаген-содержащие пролонгированного действия (ГСП)

Основными средствами в настоящее время в России являются:

депо-провера-150 (США), инъекции 1 раз в 3-6 месяцев;

норэстерат (Германия), инъекции 1 раз в 2-3 месяца;

норплант (Финляндия), имплантант - капсула, которая вводится подкожно в область плеча и ежедневно выделяет гормон, обеспечивая контрацепцию в течение 5 лет.

Преимущества ГСП:

- высокая контрацептивная эффективность - 99,8%;
- удобно в применении;
- используют при наличии противопоказаний к применению эстрогенов;
- лечебный эффект при доброкачественных гиперпластических процессах эндометрия и эндометриозе;
- не оказывает воздействия на ЖКТ.

Недостатки:

- введение ГСП производится только медицинским персоналом;
- недостаточно быстрая обратимость действия препарата;
- нарушение менструальной функции в виде межменструальных кровянистых выделений.

Препараты данной группы находят все более широкое применение у женщин позднего фертильного возраста, в менопаузе и нуждающихся в терапевтическом эффекте.

Посткоитальная контрацепция

Является чрезвычайной мерой профилактики нежелательной беременности в тех случаях, когда женщина имела незащищенный половой акт, например, без применения противозачаточных средств, пропуска в приеме таблеток, изнасилования.

Состоят из больших доз эстрогенов или гестагенов. Метод эффективен, если с момента «незащищенного» полового акта прошло не более 72 часов.

Приблизительно у половины женщин после приема таблеток появляются тошнота, иногда рвота, возникает нарушение и укорочение менструального цикла, а также большой ряд побочных реакций.

Для посткоитальной контрацепции существует препарат постинор, содержащий активный гестаген. Рекомендуется прием 1 таблетки в течение 1 часа после полового акта. Максимальная доза составляет 4 таблетки за менструальный цикл.

Внутриматочная контрацепция (ВМК)

ВМК отвечает всем основным требованиям, предъявляемым к контрацептивам; высокоэффективны (от 92 до 97%); восстановление фертильности после их удаления происходит в среднем через 3-6 месяцев.

Выделяют 2 основных вида ВМК:

- немедикаментозные ВМК, изготовленные из инертных пластических материалов (из полиэтилена в виде буквы S);

- медикаментозные ВМК, включающие в себя специальную систему, которая с постоянной скоростью выделяет в полость матки химические соединения или гормоны.

На сегодняшний день инертные ВМК практически не используются.

Среди медикаментозных весьма распространены ВМК, в состав которых входит медная проволока в виде спирали. Популярными являются ВМК с серебром. Существуют контрацептивы из сплава золота.

Механизм действия ВМК:

- торможение миграции сперматозоидов из влагалища в маточные трубы;
- изменение скорости продвижения оплодотворенной яйцеклетки;
- лизис оплодотворенной яйцеклетки, нарушение имплантации;
- нарушение пролиферативно-секреторных процессов эндометрия.

Введение ВМК - серьезная манипуляция, которая должна осуществляться хорошо подготовленным специалистом с учетом показаний и противопоказаний.

ВМК показаны женщинам:

- рожавшим или имевшим раннее беременность;
- нуждающимся в длительной контрацепции;
- при лечении и для профилактики синдрома Ашермана (синехий полости матки).

Противопоказания:

- беременность или подозрение на нее;
- острые, подострые и хронические воспалительные заболевания женских половых органов;
- заболевания шейки матки (лейкоплакия, эрозия, полипы, эктропион);
- нарушения менструального цикла;
- доброкачественные опухоли (миома матки, кисты и кистомы яичников) и подозрение на злокачественные опухоли женских половых органов;

- аномалии развития матки;

- полипоз, гиперплазия эндометрия;

- заболевания, протекающие с нарушением гемостаза;

- мастопатия;

- аллергия на вещества, выделяемые ВМК.

Правила введения ВМК

Целесообразно вводить на 4-8-ой день менструального цикла, когда слизистая оболочка матки менее ранима, а цервикальный канал приоткрыт.

Введение ВМК производится только в медицинском учреждении в малой операционной врачом. Перед введением рекомендовано проводить премедикацию (транквилизаторы, спазмолитики, анальгетики).

После введения: наблюдение 30-40 минут, по показаниям анальгетики, спазмолитики, половой покой 7-8 дней, первые 4-6 месяцев ограничение физических нагрузок.

Возможные осложнения:

- вероятность наступления беременности (1-3 на 100 женщин), беременность на фоне ВМК часто бывает внематочной;

- увеличение длительности и объема кровопотери во время менструации, ДМК;
- появление болей в нижних отделах живота;
- экпультсия (выпадение) ВМК в течение первого года применения;
- перфорация матки при введении ВМК;
- воспалительные заболевания гениталий на фоне ВМК.

Барьерная контрацепция

Барьерные методы контрацепции (БК) препятствуют попаданию спермы из влагалища в матку.

Различают следующие типы БК:

1. женские:

а) химические или спермициды (кремы, гели, аэрозольные пены, пенные и непенные свечи и таблетки).

Основное требование, предъявленное к спермицидам - их способность разрушать сперматозоиды не более, чем за 1-2 минуты.

Спермициды вводят во влагалище (в передний свод) за 15-20 минут до полового акта в положении лежа.

К спермицидным средствам также относятся:

раствор уксуса (2 чайные ложки 3% уксуса на 1 л воды);

3% раствор борной кислоты;

20% раствор хлорида натрия;

раствор лимонного сока (1 лимон на 0,5 л воды).

Спринцевания следует проводить немедленно после полового акта.

Одним из наиболее эффективных спермицидов является «Фарматекс», который выпускается в виде капсул и крема. Он обладает не только противозачаточным эффектом, но и оказывает антисептическое действие.

К числу осложнений следует отнести аллергию, зуд и жжение во влагалище.

Данный способ контрацепции нашел широкое применение среди молодых женщин, живущих нерегулярной половой жизнью.

б) немедикаментозные механические барьеры (диафрагмы, шеечные колпачки, женские презервативы).

Применяются изолированно или в сочетании со спермицидами.

К достоинствам этого способа относятся простота, безвредность и возможность повторного использования.

В то же время, механические контрацептивы могут вызвать дискомфорт у женщин и иногда мешать совершению полового акта.

Рекомендуется преимущественно рожавшим женщинам.

Противопоказания: эндоцервицит, эрозия шейки матки, аллергия, рецидивирующие воспалительные процессы придатков матки, кольпит, разрыв промежности и шейки матки.

К немедикаментозным женским барьерам также относится женский презерватив (фемидом) - вещь для нашей страны малознакомая; представляет собой пластиковый мешочек, выстилающий влагалище изнутри и оканчивающийся снаружи кольцом.

в) медикаментозные механические барьеры (вагинальные губки).

Подобно диафрагме и шеечному колпачку, губка вводится заблаговременно до полового акта. Так как она содержит спермицид, нет необходимости в применении спермицидных препаратов во время использования этого метода.

Губка может вызывать аллергические реакции у партнеров, отличающихся повышенной чувствительностью к спермицидам.

мужские (презервативы).

Презервативы, как мужские, так и женские, при правильном их применении - относительно высокоэффективный метод контрацепции.

Неповрежденный презерватив непроницаем для микроорганизмов и вирусов. Данный вид контрацепции является предпочтительным для подростков, как средство профилактики инфекций, передающихся половым путем.

Эффективность различных методов БК во многом зависит от правильности их применения и составляет от 85 до 95%.

Барьерная контрацепция показана:

- кормящим женщинам;

- партнерам, использующим естественные методы контрацепции;

- женщинам, находящимся в позднем репродуктивном возрасте (старше 35-40 лет);

- партнерам, подверженному высокому риску развития инфекций, передаваемых половым путем;

- женщинам, ожидающим назначения других методов контрацепции.

Биологические методы контрацепции

Точное знание момента, когда происходит овуляция, позволяет вычислить так называемые «опасные» и «безопасные» дни для интимной жизни, исходя из менструального цикла каждой женщины.

К биологическим или естественным методам относятся:

- ритмический;

- температурный.

Ритмический метод (периодическое воздержание или календарный метод) основан на определении времени овуляции (на 14-ый день цикла при 28-дневной его продолжительности) и ограничении количества половых контактов в перiovуляторный период. Учитывая жизнеспособность яйцеклетки и сперматозоида (48-72 часа), следует избегать половых контактов с 11-го по 17-й день цикла.

Температурный метод основан на определении времени подъема базальной (ректальной) температуры путем ежедневного измерения утром, не вставая с постели в течение 10 мин. (минимум - 3 менструальных цикла), и воздержания в дальнейшем от полового сношения за 3 дня до подъема и 3 дня после подъема температуры.

Температурный метод абсолютно безвреден для здоровья женщин. Однако он подходит только тем, у кого стабильный и достаточно длинный менструальный цикл.

Биологический метод контрацепции является самым безопасным для здоровья женщины, но эффективность его низка, всего 35%.

Хирургическая стерилизация

Относится к необратимым методам контрацепции. При ее проведении создаются изменения половых органов, исключающие наступление беременности. В ряде случаев возможно восстановление фертильности после применения микрохирургической операции.

Стерилизация женщин - операция, цель которой - сделать непроходимыми маточные трубы. Достигается это с помощью перевязки, пересечения, электрокоагуляции, лазерного воздействия.

Овуляция происходит у женщин, как и прежде, но сперматозоиды уже не могут проникнуть в маточные трубы и оплодотворить яйцеклетку.

Хирургическая стерилизация проводится по желанию женщин при определенных показаниях, предусмотренных законом.

Хирургическая стерилизация проводится по желанию женщин при определенных условиях и показаниях, предусмотренных законом.

Хирургическая стерилизация проводится в гинекологическом стационаре.

Стерилизация мужчин состоит в пересечении, перевязке или удалении небольшого участка семявыносящего протока. Эта операция не лишает мужчину его «мужских возможностей и достоинств». Проводится в урологических стационарах.

Общие принципы консультирования и назначения метода контрацепции

Медицинский работник должен:

- изучить анамнез и объективный статус женщины;

- предоставить женщине информацию обо всех имеющихся в настоящее время методах предохранения от беременности;

- предупредить женщину о возможных нежелательных эффектах при применении того или иного контрацептива;

- объяснить, как применять различные виды контрацепции;

- проинформировать о необходимости повторного визита.

Выбирая метод контрацепции необходимо учитывать:

- желание партнеров применять контрацепцию и их отношение к конкретному контрацептиву;
- эффективность метода;
- возможность возникновения осложнений;
- возраст женщины;
- состояние половой системы;
- сопутствующую экстрагенитальную патологию;
- репродуктивный анамнез;
- сексуальное поведение женщины.

Метод контрацепции в каждом конкретном случае рекомендуется и подбирается индивидуально с учетом желания женщины, медицинских показаний и противопоказаний.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №4

Тема: Период беременности, родов, послеродовой период.

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях периода беременности, особенностях женского поведения в период беременности, послеродовом периоде.

Вопросы для рассмотрения:

Обучение определению признаков беременности. Определение предполагаемого срока родов. Составление рекомендаций беременной женщине по режиму дня, питанию, обучение специальным физическим упражнениям. Обучение беременной основным приемам, способствующим уменьшению болевых ощущений во время родов, правильному поведению во время родов.

Изучение течения нормальных родов и послеродового периода. Изучение физиологических и психологических составляющих грудного вскармливания.

Изучение изменений репродуктивной системы в послеродовом периоде. Обсуждение диеты родильницы и кормящей матери.

Составление рекомендаций по питанию, по уходу за молочными железами и профилактике маститов. Медицинское консультирование здоровых рожениц и родильниц.

Основные понятия темы:

Беременность и роды, важнейший период в жизни женщины, связанный с деторождением. При нормальном для человека менструальном цикле продолжительностью 28 дней овуляция, или выход яйцеклетки, происходит обычно в интервале между 12-м и 14-м днями цикла. Яйцеклетка должна быть оплодотворена в маточной (фаллопиевой) трубе не позднее чем через 24 ч после этого, иначе она погибает и рассасывается. Средняя продолжительность беременности составляет 266 дней с момента овуляции, или 280 дней с первого дня последней менструации. Срок родов можно рассчитать, отняв три месяца от даты начала последней менструации и прибавив семь дней. Однако в большинстве случаев наступление родов не совпадает с рассчитанной датой; отклонение в пределах двух недель в обе стороны от нее считается нормальным.

В наше время можно провести диагностику беременности. Современные пробы на беременность недороги, точны и не требуют больших затрат времени. Они основаны на выявлении хорионического гонадотропина человека (ХГ) – гормона, который на ранних стадиях беременности вырабатывается в больших количествах плацентой и выделяется с мочой будущей матери. С помощью имеющихся в продаже наборов для определения этого гормона беременность можно обнаружить не ранее чем на 42-й день от начала последней менструации. Однако с подтверждением беременности лучше подождать до 45–50-го дня и использовать для определения первую утреннюю порцию мочи.

С 12-й недели в наличии беременности можно убедиться путем выслушивания сердцебиений плода с помощью доплеровского детектора звука. Ультразвуковое исследование (с использованием звуковых волн высокой частоты и низкой энергии) позволяет получить изображение плода, а также плаценты и амниотической полости; это очень точный метод подтверждения беременности. На 16-й неделе у матери уже заметно увеличение живота и легко прощупывается матка. В течение следующего месяца мать начинает ощущать движения плода. В настоящее время во многих аптеках продаются диагностические наборы для самостоятельного определения беременности, но к полученным результатам нужно относиться с осторожностью, поскольку они не так точны, как стандартные лабораторные методы.

Признаки и симптомы беременности. Многие из них обычно появляются довольно рано, иногда и до положительных результатов пробы на беременность. Однако некоторые женщины начинают чувствовать свою беременность лишь после 3–4-го месяца. Отсутствие менструаций, если раньше они были регулярными, с очень большой вероятностью указывает на беременность.

По-видимому, одним из наиболее ранних и самым распространенным симптомом беременности является утомляемость. Развиваются апатия и вялость, удлиняются периоды сна, возникает потребность в частом отдыхе; изменяется состояние молочных желез; у многих женщин по утрам возникает мучительная тошнота.

Наиболее характерные признаки беременности:

1) Предположительные (сомнительные):

- тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.);
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- нарушение функции нервной системы: недомогание, раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения, головокружение и др.;
- пигментация кожи на лице, по срединной линии живота, в области сосков, появление полос беременности;
- учащение мочеиспускания;
- увеличение объема живота, ощущение нагрубания молочных желез.

2) Вероятные признаки беременности:

- прекращение менструаций (аменорея) у здоровой женщины репродуктивного возраста;
- увеличение молочных желез, их напряженность, появление молозива при надавливании на молочную железу;
- синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;
- положительные биологические иммунологические тесты на беременность.

Достоверные (несомненные) признаки беременности – это признаки, появляющиеся во 2 половине беременности и свидетельствующие о наличии плода в полости матки.

При беременности меняется состояние почти всех органов. Резко увеличиваются размеры матки, ее вес возрастает примерно с 70 до 1100 г (без плода). Однако общее число мышечных волокон матки остается постоянным; они лишь растягиваются и набухают. Давление увеличивающейся матки на прилегающий к ней мочевой пузырь уменьшает его емкость и вызывает неприятные ощущения и потребность в частом мочеиспускании. Уменьшается также естественная подвижность желудочно-кишечного тракта, что нередко сопровождается запорами и изжогой. Молочные железы, которые перестраиваются для лактации, увеличиваются, и еще до родов из них может выделяться вязкая мутная жидкость (молозиво). Возросшая пигментация кожи проявляется потемнением средней линии живота, сосков и лица.

Возникают многочисленные сдвиги в работе сердца и всей системы кровообращения. Частота сердечных сокращений, размеры сердца, минутный объем и объем циркулирующей крови возрастают примерно на 50% от исходного уровня. Из-за давления увеличивающейся матки может

возникать варикозное расширение вен на ногах и наружных половых органах, что иногда причиняет серьезное беспокойство.

В идеале первый визит к врачу должен состояться через 1–1,5 месяца после обнаружения беременности. В это время можно наиболее точно определить ее срок и выявить имеющиеся серьезные заболевания. В предвидении беременности важно знать дату последней менструации.

При первом посещении врач должен тщательно собрать анамнез, опросив женщину о всех перенесенных заболеваниях, операциях и предыдущих беременностях. Особого внимания требуют любые существующие в семье болезни и отклонения, такие, как повышенное кровяное давление, диабет, а также наличие двоен в предыдущих родах или врожденных нарушений, которые могут повлиять на мать или ребенка. Производят тщательный осмотр, в том числе органов таза; оценивают размеры матки, сравнивая их с ожидаемыми для данного срока, рассчитанного по последней менструации. Берут мазок для выявления рака (тест Папаниколау) и производят посев на гонорею. Врач должен также определить размеры и пропорции таза женщины для оценки возможности нормальных, вагинальных родов. Если со времени последней менструации прошло более 12 недель, можно попытаться определить сердцебиение плода с помощью детектора Допплера. После 20-й недели сердцебиения удастся прослушать с помощью модифицированного стетоскопа, т.н. фетоскопа.

Помимо указанного обследования берут пробы крови и мочи. Определяют число эритроцитов, группу крови и резус-фактор, проводят серологический тест на сифилис (реакцию Вассермана), а также другие серологические пробы, в том числе чтобы выяснить, переболела ли женщина краснухой. По числу эритроцитов судят, имеется ли у будущей матери анемия и нуждается ли она в приеме препаратов железа. В последней трети беременности обычно повторно определяют число эритроцитов. Около 15% женщин резус-отрицательны, и им необходимы повторные анализы крови в течение беременности.

Реакция Вассермана позволяет выявить сифилитическую инфекцию в прошлом или настоящем. Это важно знать, так как в отсутствие лечения возбудитель сифилиса может проникнуть через плаценту и вызвать заражение плода. Краснуха во время беременности тоже относится к тем немногим инфекциям, которые оказывают повреждающее действие на плод. Лишь около 10% женщин детородного возраста не болели краснухой ранее или не были вакцинированы против нее. После родов их следует вакцинировать, чтобы предотвратить возможность этой инфекции во время следующей беременности.

Большинству женщин рекомендуется ограничивать прибавку веса во время беременности в пределах 11–16 кг. Этот дополнительный вес легко теряется при родах и в течение последующих двух-трех месяцев. После начального периода утренней тошноты у будущих матерей нередко развивается «волчий» аппетит, и, чтобы предотвратить чрезмерную прибавку в весе, часто приходится соблюдать диету. Во многих случаях необходим прием витаминов и препаратов железа. Следует поощрять физическую активность и гимнастику в той мере, в какой они не вызывают неприятных ощущений; многие женщины на последних месяцах предпочитают плавание.

Некоторые медикаменты могут представлять опасность для плода, и беременных предупреждают об этом. Прежде чем принять какое-либо лекарственное средство, нужно посоветоваться с врачом, насколько оно необходимо и перевешивает ли потенциальная польза возможный риск. Следует отказаться от курения, неумеренного потребления спиртных напитков и злоупотребления другими наркотическими средствами.

Повторные посещения врача обязательно. В норме, т.е. при неосложненной беременности, до 28-й недели нужно посещать врача ежемесячно. Затем частоту посещений следует увеличить, доведя на последнем месяце до еженедельной. При каждом визите у женщины определяют кровяное давление и вес тела, делают анализ мочи на белок и сахар, прослушивают сердцебиения плода с помощью фетоскопа и регистрируют размеры матки. Обычно увеличенная матка начинает прощупываться через стенку живота на 12–14-й неделе; на 20-й она достигает уровня пупка, а к концу беременности пальпируется под самой грудиной. В середине беременности будущей матери полезно начать посещение специальных занятий, а на последнем месяце – готовиться к появлению ребенка и следить за признаками приближающихся родов.

Точный механизм, запускающий процесс родов, неизвестен. Вероятнее всего, сигнал исходит от надпочечников и гипофиза плода, но важную роль могут играть и некоторые факторы самого материнского организма. Преждевременные роды могут быть связаны с нарушением состояния матки и ее шейки, а также с некоторыми типами инфекции у матери.

Протекание родов. Процесс родов традиционно разделяют на три периода. Первый наступает с началом родов и заканчивается полным раскрытием (расширением) и сглаживанием шейки матки. За начало родов принимают момент, когда сила и частота маточных сокращений (схваток) становятся достаточными для сглаживания и раскрытия шейки. В начале первого периода схватки могут быть нерегулярными и разной силы. Однако позднее они становятся более регулярными, возникая с двух-трехминутными интервалами и продолжаясь по 45–60 с. Первые роды обычно самые долгие.

Второй период начинается с момента полного раскрытия шейки и заканчивается рождением ребенка. Как и первый, второй период при первых родах продолжается дольше, в среднем 50 мин, а при последующих оказывается более коротким – в среднем 20 мин. Сокращения матки сохраняют ту же частоту и силу, что и в первый период, но матери приходится прилагать дополнительные усилия для изгнания плода.

Третий период родов начинается с рождения ребенка и заканчивается отделением и выходом последа (плаценты). В среднем это происходит за два-четыре дополнительных сокращения матки после рождения младенца. После этого в течение нескольких минут матка продолжает ритмически, но с меньшей частотой и силой сокращаться, что ускоряет последующее восстановление прежнего ее размеров.

Ложные схватки. За несколько недель до начала родов женщина может отмечать ряд изменений. Иногда нарастает частота т.н. ложных схваток. В отличие от истинных схваток эти сокращения кратковременны, нерегулярны, менее сильны и легче переносятся. Неприятные ощущения часто удается ослабить ходьбой или теплой ванной. Роль таких сокращений неизвестна.

Нередко за две недели до родов появляется признаки ощущение «облегчения» и изменяется форма живота. Чаще всего это связано с опущением головки плода в тазовую полость матери; при этом может увеличиться давление на органы таза, в частности на мочевой пузырь, но в то же время ослабевает давление на диафрагму, и женщине становится легче дышать.

Другим, более поздним признаком приближающихся родов являются слизистые или с примесью крови выделения из шейки матки на ранних этапах ее растяжения. Если такие выделения не спровоцированы вагинальным исследованием, они довольно надежно предвещают наступление родов в ближайшие часы или дни.

Начало родов. Маточные сокращения в начале родов трудно отличить от ложных схваток, однако роды протекают гораздо тяжелее. Схватки сначала идут с интервалами в 5–20 мин, затем постепенно учащаются. Когда сокращения возникают каждые 10 мин и сила их нарастает, необходимо отправить роженицу в родильный дом.

Здесь женщину помещают в предродовое отделение, где собирают краткий анамнез и измеряют вес и кровяное давление. Осматривают шейку матки и оценивают степень опущения головки плода в тазовую полость матери. Здесь же обычно ставят клизму и сбрасывают или коротко состригают волосы на лобке.

В начале родов мать может продолжать ходить или сидеть в кресле, но в дальнейшем она, как правило, лучше всего чувствует себя лежа в постели. У нее регулярно измеряют кровяное давление и прослушивают сердцебиения плода. По мере развития процесса все чаще проверяют состояние шейки матки. Если это первые роды, врач и акушерка должны обучить женщину методике правильного дыхания и расслабления. В настоящее время в ряде клиник приветствуется присутствие во время родов мужа и других близких роженице людей, которые могут оказать ей поддержку.

При желании роженицы врач рассматривает возможность применения того или иного способа обезболивания (анестезии). Если роды протекают нормально, допустимо введение умеренных доз наркотических анальгетиков. Хотя почти все такие средства проходят через плаценту и в той или иной степени поступают к плоду, они быстро разрушаются в организме матери и к моменту появления на свет ребенка практически уже отсутствуют.

Другой распространенный способ обезболивания родов – инъекции местных анестетиков, в частности новокаина. Новокаиновая блокада шейки матки и промежности на поздней стадии родов обезболивает шейку и влагалище. Такой подход обеспечивает местный, т.е. более локализованный, эффект обезболивания и сопряжен с меньшим общим воздействием на организм по сравнению с введением наркотиков.

Третий часто используемый в акушерстве метод обезболивания сводится к введению анестетиков под оболочки спинного мозга. Существуют разные варианты этого метода (спинальная, эпидуральная или каудальная блокада), но все они почти полностью снимают болевые ощущения в процессе родов, не меняя его нормального течения.

После полного раскрытия шейки матки женщина должна помогать изгнанию плода, напрягая мышцы живота (натуживаясь) одновременно с сокращениями матки. Если это первые роды, врач и акушерка могут оказать роженице значительную помощь. Незадолго до появления ребенка женщину переводят в родильное отделение.

В родильном отделении, как в операционной, находится все необходимое не только для самих родов, но и для неотложной помощи новорожденному. Врач участвует в процессе, помогая прохождению головки и плеч ребенка по родовым путям. Нередко для ускорения родов и предотвращения разрывов мягких тканей таза у матери производят эпизиотомию (короткий разрез промежности). После родов этот разрез тщательно ушивают рассасывающимся шовным материалом.

При родах легкие плода расправляются, из носа и рта новорожденного отсасывают слизь и кровь. Затем пережимают и разрезают пуповину, и дают матери подержать ребенка. В первые же минуты его обтирают и осматривают с целью обнаружения каких-либо отклонений от нормы, требующих неотложных лечебных мероприятий, а также навешивают опознавательную бирку. На первой и пятой минуте оценивают ребенка по шкале, разработанной Вирджинией Апгар и названной ее именем. Эта шкала позволяет оценить состояние новорожденного в баллах от одного до десяти с учетом частоты сердцебиений, цвета кожных покровов, мышечной активности и громкости крика. Ребенок, получивший по шкале Апгар очень низкий балл, нередко нуждается в дополнительной помощи сразу же после рождения и попадает в группу повышенного риска в отношении дальнейшего развития.

Как правило, после 2–4 маточных сокращений, следующих за рождением ребенка, отходит и плацента. После этого мать некоторое время наблюдают, а затем переводят в палату, где она остается до выписки. В зависимости от условий ребенок может либо все время находиться с матерью, либо содержаться в отделении для новорожденных.

Возникающие в процессе беременности осложнения связаны как с уже имевшимися у женщины заболеваниями, так и с самой беременностью. Ранние осложнения могут приводить к выкидышу (самопроизвольному аборту). Выкидышем заканчивается примерно 15% известных зачатий, и при тщательном исследовании таких абортированных зародышей больше чем у половины из них обнаруживаются те или иные отклонения от нормы. Другая серьезная проблема ранних стадий беременности – прикрепление оплодотворенной яйцеклетки не к стенке матки, а к стенке маточной трубы. Такая трубная, или внематочная, беременность встречается приблизительно в одном из 200 случаев беременности и обычно требует срочного хирургического удаления трубы во избежание ее разрыва и кровотечения.

В середине беременности осложнения возникают редко, но ближе к ее концу их частота возрастает. Главная опасность в течение трех последних месяцев – преждевременное начало родов, что наблюдается примерно в одном из 20 случаев и служит основной причиной смерти новорожденных. В настоящее время не существует надежных методов остановки преждевременных родов, однако ряд лекарственных средств приносит некоторую пользу и часто применяется.

Токсемия (токсикоз беременных) – патологическое состояние, присущее только беременности. Развиваясь ближе к ее завершению или во время родов, она характеризуется повышением кровяного давления, появлением белка в моче и выраженными отеками кистей, стоп и лица. В отсутствие лечения возможны тяжелые последствия для матери и новорожденного. Токсемия чаще встречается при первой беременности, при многоплодии, а также при наличии у матери артериальной гипертензии или сахарного диабета.

При тяжелой токсемии нередко приходится прибегать к искусственной стимуляции родов. Этого можно достичь внутривенным введением синтетического окситоцина (гормона гипофиза). В прошлом стимуляцию родов часто применяли для ускорения процесса, затем было установлено, что такой подход представляет некоторую опасность, и в настоящее время его используют гораздо реже. Необходимость в искусственной стимуляции родов возникает не только при токсемии, но и при других отклонениях. К ним относятся разрыв плодных оболочек до начала родового процесса, переношенная беременность, а также резус-конфликт.

Родоразрешение путем кесарева сечения производят все чаще, и в настоящее время таким способом рождается на свет приблизительно 10–15% детей. По большей части кесарево сечение производят для того, чтобы предохранить плод от травм, с которыми может быть сопряжено его прохождение по естественным родовым путям и которые могут привести к необратимым физическим или психическим нарушениям. Влагалищные роды представляют опасность в случае несоответствия размеров таза матери головке плода, при неправильном положении плода в матке, а также при появлении признаков гипоксии плода (недостатке кислорода). Кесарево сечение показано и при других состояниях, угрожающих здоровью матери. Например, аномальное прикрепление плаценты или ее преждевременное отслоение от стенки матки может вызвать смертельно опасное кровотечение. У перенесшей кесарево сечение женщины и последующие беременности обычно требуют такого же способа родоразрешения. Операцию проводят в сроки, близкие к рассчитанной дате родов. Однако в некоторых случаях женщине, ранее перенесшей кесарево сечение, позволяют рожать естественным путем (через влагалище).

При кесаревом сечении ребенка извлекают через разрез в нижнем сегменте матки. Операция занимает примерно 1 ч и, хотя считается серьезным хирургическим вмешательством, обычно не дает осложнений. После кесарева сечения назначают больше болеутоляющих средств, чем после влагалищных родов, а пребывание в больнице затягивается до 5–7 дней после родов вместо обычных 2–3.

Во многих случаях, особенно если до или во время родов выявляется опасность осложнений, используют ряд методов оценки состояния плода. Если дата родов неизвестна или ожидают преждевременные роды, проводят ультразвуковое исследование. По диаметру головки плода срок беременности определяется с точностью до 2 недель. С помощью ультразвука можно также установить расположение плаценты в матке и определить позицию плода. Биохимическое исследование проб амниотической жидкости (околоплодных вод) позволяет оценить зрелость легких плода.

Недавно был разработан метод мониторинга (непрерывной регистрации) сердцебиений плода, дающий возможность следить за его состоянием во время родов. Для этого используется электронный прибор, записывающий изменения частоты сердечных сокращений по времени на медленно движущейся бумажной ленте. Мониторинг позволяет своевременно обнаружить изменения сердечной деятельности у плода в случаях сдавления его головкой, пережатия пуповины или недостаточности функции плаценты и предвидеть развитие угрожающего состояния новорожденного.

Возможность выявления врожденных пороков на ранних стадиях беременности – одно из самых выдающихся достижений медицины. Приблизительно у 3% новорожденных имеются психические или физические нарушения (или то и другое вместе), которые обусловлены сочетанием внешних воздействий и наследственных особенностей. Хотя в настоящее время до родов удается диагностировать лишь немногие из врожденных нарушений, возможность такого прогноза быстро увеличивается. Для пренатальной (дородовой) диагностики используют ультразвуковое и рентгеновское исследования, а также анализы амниотической жидкости и крови плода. Разрабатывается и метод прямого осмотра плода через вводимый в матку световод размером немногим больше иглы. В настоящее время невозможно и практически нецелесообразно обследовать таким образом всех беременных, однако у женщин с отягощенным семейным анамнезом или определенными особенностями (например, при возрасте беременной старше 35 лет) следует проводить пренатальную диагностику состояния плода.

По ряду соображений, в том числе и экономических, многие беременные женщины обращаются не к врачам, а к акушеркам, предпочитая рожать на дому. Обычно акушерки имеют достаточный опыт и образование, но в ряде стран (особенно слаборазвитых) помощь беременным продолжают оказывать малограмотные повивальные бабки.

С другой стороны, для беременных создают специальные центры, отличающиеся более домашней обстановкой, чем клиники и родильные дома. Нередко они располагают возможностями оказания быстрой помощи матери и новорожденному в случае возникновения каких-либо осложнений. Мать здесь практически не разлучают с новорожденным. Сторонники этого подхода утверждают, что дети, родившиеся в таких условиях, более спокойны и менее склонны к конфликтам. Многие полагают, однако, что объективные доказательства подобных утверждений отсутствуют.

Послеродовым (пuerпериальным) называется период, в течение которого у родильницы заканчивается обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами. Исключением являются молочные железы, функция которых достигает в течение 3–5 дней после родов своего максимального развития и продолжается в течение периода лактации. Послеродовый период делится на ранний – 2–4 часа после родов и поздний с учетом индивидуальных особенностей течения беременности и родов продолжается 6–8 недель.

Состояние гормонального гомеостаза.

Эндокринные изменения характеризуются резким понижением уровня плацентарных гормонов и восстановлением функции желез внутренней секреции. Возобновляются циклические гипоталамо-гипофизарно-яичниковые взаимоотношения и менструальный цикл. Овуляторные циклы появляются примерно через 50 дней у некормящих и 100–120 дней у кормящих грудью родильниц.

Основными гормонами, ответственными за установление и поддержание лактации являются пролактин и окситоцин. Выброс в кровь этих гормонов обуславливается раздражением сосков молочной железы. Именно поэтому раннее прикладывание новорожденного к груди положительно влияет на становление лактации и сокращения матки. На концентрацию пролактина влияет полнота опорожнения молочной железы в результате кормления или сцеживания.

Состояние половых органов в послеродовом периоде.

Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток.

После рождения послеродовая матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется и превращается в соединительно-тканые тяжи. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. В первые 2-3 дня после родов это кровянистые выделения, с 4 по 9 день – серозно-сукровичные, с 10 дня – серозные. На 5-6 неделе выделения из матки прекращаются. Лохии имеют щелочную реакцию и специфический (прелый) запах.

Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Непосредственно после родов дно матки находится на 15-16 см выше лобка, поперечный размер матки равен 12-13 см, масса – около 1000 г. Шейка матки проходит до кисти руки. В течение послеродового периода масса матки уменьшается за счет постоянного тонического сокращения мышечных волокон. К 1 неделе после родов масса матки составляет 500 г, к концу 2 недели – 350 г, 3 – 250г, к концу послеродового периода – 50 г.

Инволюция шейки матки происходит несколько медленнее, чем тела. Первым начинает формироваться внутренний зев, к 10 суткам он практически закрыт. Формирование наружного зева происходит медленнее, окончательное формирование шейки матки завершается к концу 3 недели.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У не кормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется.

В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки – менструация. В дальнейшие овуляторные циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

Состояние молочных желез в послеродовом периоде.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагубанию молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секреторируют молозиво. Молозиво – густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молочные телаца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами, иммуноглобулинами А, G, М, D. Биологическая ценность грудного молока равна 100%. Грудное молоко является наилучшим видом пищи для ребенка 1 года жизни.

Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кровотока новорожденного. В нем высокое содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

В послеродовом периоде в молочных железах происходят следующие процессы:

- маммогенез – развитие молочной железы,
- лактогенез – инициация секреции молока,
- лактопоз – поддержание секреции молока,
- лактокинез – удаление молока из железы.

Накопленное в альвеолах молоко не может пассивно поступать в протоки. Для этого необходимо сокращение окружающих протоки миоэпителиальных клеток, которые проталкивают молоко в протоковую систему, что ведет к его выделению. Миоэпителиальные клетки имеют специфические рецепторы к окситоцину. Увеличение продукции молока обычно достигается путем увеличения частоты кормлений, включая кормление в ночное время.

Ведение послеродового периода.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделенной в послеродовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а максимальная физиологическая – не более 0,5% от массы тела родильницы.

Служа 2-4 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. Этот принцип состоит в том, что в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соблюдение цикличности облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их профиликации, т.е. выделением палат родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы. Следует отдавать предпочтение совместному пребыванию матери и ребенка. Такое пребывание значительно снизило частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний детей. Мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицировать новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме уже через 2 часа после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери. Первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать. Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество лохий. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются. Ежедневно осматривают внешне половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Физиологический послеродовый период характеризуется хорошим общим состоянием женщины, нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией. В послеродовом периоде может быть задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки (лохиометра), замедленное обратное развитие матки (субинволюция), нагрубание молочных желез, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения. Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены. Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку положено не менее 7,5 кв.м площади. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки. После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытьё и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также моют и дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных лифчиков, рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия 3 раза в сутки. Перед кормлением родильница должна обмыть молочные железы теплой водой с мылом, надеть на голову косынку, положить на колени пеленку, на которой находится новорожденный во время кормления. Совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное (по требованию ребенка) вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара. Выписку родильниц из стационара при несложном течении послеродового периода производят на 5-6 сутки.

Основной задачей ведения послеродового периода является профилактика гнойно-септических заболеваний у родильницы и новорожденного. В связи с этим при организации ухода за родильницей важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики. За родильницей ежедневно наблюдают врач и акушерка. Выясняют жалобы, оценивают общее состояние, измеряют артериальное давление, пульс, температуру тела (2 раза в день), наблюдают за состоянием наружных половых органов, матки, молочных желез, характером лохий и физиологических отпавлений.

Состояние молочных желез оценивается методом пальпации – в норме они равномерно плотные, безболезненные, при надавливании на сосок в первые 3 дня выделяется молозиво, затем молоко. Следует тщательно осматривать сосок, на котором не должно быть трещин.

Высоту стояния дна матки оценивают сантиметровой лентой. В первый день она составляет 15-16 см над лоном, снижаясь ежедневно на 2 см, дно матки к 10 дню послеродового периода над лоном не определяется. Матка при пальпации плотная, безболезненная, подвижная.

При активном ведении послеродового периода здоровые родильницы встают в 1 сутки после родов, могут заниматься гимнастикой, должны строго соблюдать правила личной гигиены. Питание кормящей матери должно быть калорийным (3200 ккал) и сбалансированным с обязательным включением витаминов и микроэлементов. При нормальном течении послеродового периода родильницу и новорожденного выписывают на 4-6 сутки под наблюдением врача женской консультации и участкового педиатра.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №5

Тема: Климактерический период

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях мужского и женского организма в период климакса.

Вопросы для рассмотрения:

Обучение выявлению факторов, влияющих на патологическое течение климакса.

Составление рекомендаций для мужчин и женщин в климактерическом периоде по режиму дня, питанию, гигиене и поддержанию безопасности.

Основные понятия темы:

Климакс – это обратные изменения в репродуктивной системе человека в результате уменьшения выработки половых гормонов и сопровождающиеся неприятными ощущениями: головными болями, приливами жара, ощущениями сердцебиения, перепадами настроения и общим дискомфортом.

Климактерический период у женщин

Под климаксом у женщин принято понимать взаимосвязанные возрастные изменения в центральной нервной системе, гипоталамо-гипофизарной области, закономерно приводящие к прекращению овуляции и репродуктивной функции. Это переходный период от репродуктивного возраста к старости, для которого характерным является нарушение закономерных циклических процессов в репродуктивной системе и органах, связанных с ее функцией. Таким образом, климактерический период — это физиологический период, нормальная переходная фаза между периодом половой зрелости и периодом полного прекращения генеративной функции, для которого характерным является доминирование инволюционных процессов в репродуктивной системе.

В течении климактерического периода выделяют следующие фазы:

- пременопауза — период жизни женщины от момента окончания репродуктивного периода до наступления менопаузы, т.е., чаще всего, это возраст примерно от 45 лет до последней менструации;
- менопауза — последнее маточное кровотечение, обусловленное гормональной функцией яичников, т.е. последняя менструация и следующие за ней 12 месяцев (диагноз менопаузы можно поставить через год после последней менструации);
- постменопауза — период от менопаузы до полного и стойкого прекращения гормональной функции яичников.

В период каждой фазы имеются достаточно характерные изменения, которые и позволяют определить наступление той или иной фазы. Возраст наступления каждой фазы индивидуален, границы между ними размыты, часто наступление и окончание определенной фазы климактерического периода можно определить лишь ретроспективно, из беседы с женщиной.

В течении пременопаузы, в зависимости от особенностей ее проявлений, выделяют два варианта:

- физиологическое течение пременопаузы;
- патологическое течение пременопаузы.

Физиологическое течение пременопаузы наблюдается примерно у 65% женщин и проявляется в постепенном увеличении интервалов между менструациями и уменьшении интенсивности менструальноподобных выделений. Реже встречаются изменения менструальной функции, характеризующиеся появлением скудных, с постепенно уменьшающимся количеством крови, вплоть до полного прекращения, кровянистых

выделений, но длительных и регулярных циклов. Иногда наблюдаются обильные, длительные и нерегулярные менструальноподобные кровотечения. В части случаев менструации прекращаются внезапно. При физиологическом течении климактерического периода примерно половину женщин в начале пременопаузы беспокоят только нарушения менструальной функции.

Установление сроков наступления второй фазы климактерического периода — менопаузы — возможно только через год существования стойкой аменореи, хотя у некоторых женщин наблюдается возникновение менструаций и через год после их отсутствия. Средний возраст наступления менопаузы колеблется от 50 до 53 лет, причем за последнее столетие он увеличился примерно на 4—5 лет, но, в некоторых индивидуальных случаях, — от 35 до 60 лет. В случае, если менструации у женщины прекращаются в возрасте до 40 лет, говорят о преждевременной яичниковой недостаточности. Причинами, приводящими к возникновению ранней менопаузы, могут быть:

- ионизирующее излучение;
- несоблюдение оптимальных интервалов между беременностями;
- частые аборт, как самопроизвольные, так и медицинские;
- длительная лактация;
- некоторые эндокринные заболевания (гипотиреоз);
- ожирение;
- др. экстра-генитальная патология.

Позднее наступление менопаузы не является патологией, однако особого внимания требуют женщины, у которых менструальная функция не прекратилась после 53—54 лет, они подлежат обязательному диспансерному наблюдению, так как составляют группу повышенного риска возникновения онкогинекологических заболеваний.

Позднему наступлению менопаузы способствуют гипертоническая болезнь, миома матки и другие заболевания.

Третья фаза климактерического периода — постменопауза — наступает примерно через год после последней менструации и характеризуется полным и стойким прекращением гормональной активности яичников, поэтому наибольшим изменениям подвергаются органы-мишени. Эта фаза продолжается 5—8 лет (с 52—53 до 60 лет).

Физиологические изменения в организме женщины

Нередко климакс не оказывает отрицательного влияния на жизнедеятельность женского организма. Но, в то же время, в результате процесса старения происходит убыль некоторого количества клеток печени, почек, миокарда, эндокринных желез, скелетных мышц, что и определяет характер нарушений функций этих органов.

На фоне общих возрастных изменений возникают климактерические изменения и в репродуктивной системе. Половые гормоны, вырабатываемые в яичниках, тоже оказывают влияние на функции различных органов и систем. Так, в результате снижения количества эстрогенов, из костей вымывается кальций, что ведет к развитию остеопороза; проявляется гормональная кардиопатия, возрастные психозы, депрессивные состояния.

Из-за недостатка второго женского гормона — прогестерона, развиваются гиперпластические процессы в органах-мишенях: миома матки, опухоли молочных желез и др.

В случае же нарушений со стороны репродуктивной системы, наличия каких-либо сопутствующих заболеваний, климактерический период может приобрести патологическое течение.

Климактерический синдром

Патологическое течение климактерического периода у женщин может проявляться в двух основных формах - климактерический синдром или дисфункциональные (климактерические) маточные кровотечения. Патологическое течение климактерического периода встречается у 25—50 % женщин, причем климактерический синдром наблюдается примерно в 65—70 % случаев патологического течения климакса, а дисфункциональные кровотечения — в 30—35 %. К патологическому течению климактерического периода могут привести:

- длительные значительные умственные и физические нагрузки;
- заболевания центральной нервной системы, частые стрессы;
- заболевания репродуктивной системы, осложнения беременности и родов;
- профессиональные вредности;
- вредные привычки;
- нарушения обмена веществ, ожирение;
- частые инфекционные заболевания и др.

Проявления климактерического синдрома можно условно разделить на три группы.

К первой группе можно отнести вазомоторные и эмоционально-психические нарушения, выражающиеся в приливах жара, повышенной потливости, головных болях, гипертонии или гипотензии, ознобах, учащенном сердцебиении, раздражительности, сонливости, слабости, беспокойстве, депрессии, невнимательности, забывчивости и т.д.

Ко второй группе:

а) урогенитальные изменения: сухость во влагалище, боли при половом сношении, зуд и жжение, учащенное мочеиспускание, недержание мочи;

б) старение кожи: сухость кожи, ломкость ногтей, сухость и выпадение волос, появление морщин.

К третьей — поздние обменные нарушения (остеопороз) и сердечно-сосудистые заболевания.

Климактерический период у мужчин

Наступление климактерического периода у мужчин обусловлено возрастными инволюционными процессами, протекающими в половых железах, которые характеризуются атрофическими изменениями клеток Лейдига, приводящими к уменьшению продукции тестостерона и общему снижению насыщенности организма андрогенами. При этом сохраняется и даже несколько усиливается секреция гонадотропных гормонов гипофиза. Эти процессы в большинстве случаев наиболее активно начинают развиваться в возрасте от 50 до 60 лет, именно на этот возрастной промежуток приходится начало климактерического периода у мужчин, хотя наступление его определить достаточно сложно из-за отсутствия выраженных проявлений. Однако в ряде случаев возможно более раннее начало климактерического периода, тогда он протекает тяжелее.

Пусковым фактором, определяющим нарушение механизмов регуляции в системе гипоталамус — гипофиз — гонады, является снижение тестостеронсекретирующей функции яичек. Результатом этого нарушения становятся нейроэндокринные изменения, затрагивающие и функции центральной нервной системы, которые и определяют картину мужского климакса.

У подавляющего большинства мужчин в отличие от женщин климактерический период не сопровождается сколько-нибудь заметными клиническими симптомами, на удовлетворительном уровне остаются работоспособность, память, энергия. В случае появления характерных признаков климакса, его течение расценивают как патологическое; такое течение наблюдается у 15—25 % мужчин.

Причинами патологического течения климактерического периода могут стать различные соматические заболевания, болезни половых органов (простатиты, орхиты), нарушения обмена веществ, малоподвижный образ жизни или, наоборот, тяжелая физическая работа, контакты с профессиональными вредностями, вредные привычки (алкоголизм, табакокурение). К характерным признакам патологического климакса относятся сердечно-сосудистые, психоневрологические, мочеполовые нарушения.

Сердечно-сосудистые нарушения могут протекать в виде стенокардитического, гипертонического или вегетососудистого синдромов. При стенокардитическом синдроме отмечаются боли в области сердца, напоминающие по своему характеру боли при стенокардии, одышка, слабость, сердцебиения, страх смерти.

Гипертонический синдром проявляется повышением артериального давления, сопровождающимся головными болями, головокружением. Вегетососудистый синдром характеризуется ощущением приливов к лицу, голове, верхней половине туловища, внезапным покраснением лица и шеи, повышенной потливостью, головокружением, периодическими сердцебиениями, чувством перебоев в области сердца.

Психоневрологические нарушения в климактерическом периоде могут быть выражены достаточно резко или проявляться слабо. У большинства мужчин с патологическим течением климактерического периода отмечаются повышенная возбудимость, нервозность, быстрая

утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, неустойчивость настроения, мышечная слабость, нарушения сна в виде бессонницы или повышенной сонливости, головная боль. Нередко наблюдаются

депрессии, снижение или утрата интереса к работе, дому, любимым занятиям, беспричинная тревога; мужчины могут становиться капризными, склонными к конфликтам и ссорам, у них отмечаются повышенная мнительность, плаксивость, ослабление памяти.

Среди мочеполовых нарушений отмечаются дизурические расстройства, которые могут проявляться задержкой мочи или непроизвольным ее выделением, болями при мочеиспускании, частыми позывами к мочеиспусканию.

У подавляющего большинства мужчин (до 80%) с патологическим течением климактерического периода возникают нарушения половой функции, выражающиеся в снижении полового влечения, ослаблении эрекции и преждевременном семяизвержении. Однако и при патологическом течении климактерического периода у 50% мужчин сперматогенез сохраняется до 60 лет и дольше.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Модуль 4. Здоровье лиц пожилого и старческого возраста

Занятие №1

Тема: Основы геронтологии

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях людей в старческом возрасте

Вопросы для рассмотрения:

Обсуждение средней продолжительности жизни в историческом аспекте и на современном этапе. Обсуждение места пожилого человека в современном обществе. Этические проблемы общения с лицами старших возрастных групп.

Дискуссионное обсуждение наиболее значимых и актуальных теорий и механизмов старения, причин старения в регионе, в России. Изучение процессов старения в различные возрастные периоды. Значение влияния экологических факторов на процессы старения. Характеристика различных типов старения. Студенты определяют внешние признаки старения, сравнивают биологический и календарный возраст.

Основные понятия темы:

Понятие о старости и старении

Старение – разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов, ведущий к недостаточности физиологических функций организма.

Старость – закономерно наступающий заключительный период возрастного развития, рассматриваемый как взаимодействие двух разнонаправленных процессов: разрушительного процесса старения и витаукта (от лат. vita - жизнь, и auctum - увеличивать) - процесса, стабилизирующего жизнедеятельность организма, повышающего его надежность, направленного на предупреждение повреждения живых систем с возрастом и на увеличение продолжительности жизни.

Индивидуальные особенности старения

Изучение возрастных изменений, происходящих в организме, показывает, что одновременно протекающие взаимосвязанные процессы угасания и сопротивления организма, создают своеобразные защитные механизмы, помогающие по-новому приспосабливаться к изменяющимся внутренним и внешним условиям жизнедеятельности. Благодаря этому многие люди сохраняют до глубокой старости удовлетворительное самочувствие и работоспособность.

Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции.

Преждевременное старение – ускоренное, характеризуется более ранним развитием возрастных изменений или же их большей выраженностью в тот или иной возрастной период. Этому способствуют заболевания, состояние окружающей среды, стрессы и т.д.

Симптомы преждевременного старения: снижение умственной и физической работоспособности, утомляемость, ухудшение памяти, ослабление эмоций и половой функции, снижение приспособительных возможностей сердечно-сосудистой и других систем организма, раннее возникновение возрастных предпосылок для развития болезней.

Замедленное старение характеризуется замедленным проявлением возрастных изменений или их наименьшей выраженностью, способствует увеличению продолжительности жизни и долголетию.

Виды старости

Хронологическая (календарная) старость (хронологический или календарный или паспортный возраст) – возраст от рождения до исчисляемого момента – количество прожитых лет.

Физиологическая (физическая) старость – биологический возраст – степень морфологического и физиологического развития организма (истинная мера старения организма).

Психологическая старость – момент жизни человека, когда он сам начинает осознавать себя старым.

Социальная старость – зависит от средней продолжительности жизни в конкретной стране в определенный отрезок времени.

Геронтология и гериатрия: основные понятия

Возрастная периодизация пожилого и старческого возраста:

60 - 74 года – пожилой возраст

75 – 89 лет – старческий возраст

90 лет и более – долгожители.

Геронтология - наука, изучающая процессы старения живых организмов, в т.ч. человека и профилактику преждевременного старения (от греч. geron - старец, logos - учение).

Гериатрия - область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их диагностики, профилактики и лечения. (Греч.: geron - старец, iatreia - лечение - старец + лечение).

Основные теории и механизмы старения

Теория, рассматривающая старение как запрограммированный процесс. Согласно этой гипотезе, в каждой клетке заложена программа старения, все нормальные клетки проходят определенное число делений.

Генно-регуляторная теория. Согласно этой гипотезе, первичные изменения происходят в специальных регуляторных генах, активация которых в процессе жизни приводит к включению или выключению структурных генов, определяющих возрастные изменения в структуре и функции клеток.

Теория свободных радикалов. В соответствии с этой теорией, свободные радикалы, постоянно образующиеся в клетке в результате химических реакций и необходимые для биохимических процессов в организме, могут повреждать структуры клетки (ДНК, РНК, белки, липиды), нарушая ее функции, что может приводить к гибели клетки.

Теория «поперечных сшивок». Согласно этой идее, химические свойства белков могут меняться за счет образования дополнительных химических связей (поперечных сшивок) между пептидами (рис. 4.1) в результате чего возникают ошибки, которые в последующем накапливаются, и наступает смерть клеток.

• *Мутационная теория.* Согласно этой гипотезе, с течением времени в каждой клетке происходит накопление случайных отрицательных мутаций, приводящих к нарушениям последовательности нуклеотидов ДНК и построению неправильно работающего белка, что в конечном итоге может приводить к потере способности клетки к нормальному функционированию и ее гибели.

• Теория И.И. Мечникова

На позицию реальных фактов при рассмотрении этого вопроса одним из первых встал, по-видимому, И. И. Мечников (1845—1916). Он обнаружил и доказал, что, во всяком случае, одной из причин старения является самоотравление организма вредными для него веществами (*аутоинтоксикация*), выделяемыми микробами, населяющими толстый кишечник, что подтверждается, в частности, полезным действием слабительных средств, кишечных промываний, употреблением «Мечниковской простокваши».

И. И. Мечников в книге «Этюды о природе человека», вышедшей первым изданием в Париже в 1903 году, писал: «Все факты... устраняют всякие сомнения в том, что человеческая природа, во многих отношениях совершенная и возвышенная, тем не менее, проявляет многочисленные и крупные дисгармонии, служащие источником многих наших бедствий... Даже в такие времена, когда люди не имели еще никакого точного представления о человеческой природе, тем не менее, уже смутно понимали ее дисгармонию и стремились помочь этому великому злу». Во второй части книги И. И. Мечников сообщает, что попытки религии, философии и современной ему науки мало преуспели в преодолении дисгармонии человеческой природы. В заключение он формулирует основные положения своих представлений о причинах и механизмах старения и возможных мерах борьбы с преждевременным его наступлением. И. И. Мечников говорит: «Наше сильное желание жить находится в противоречии с немощами старости и краткостью жизни. Это — наибольшая дисгармония человеческой природы... Обильная кишечная флора, бесполезная для пищеварения, только укорачивает жизнь благодаря микробным ядам, ослабляющим благородные элементы и усиливающим фагоциты». И далее: «Старость характеризуется борьбой между благородными элементами организма и простыми, первичными, — борьбой, кончающейся в пользу последних. Победа их выражается ослаблением умственных способностей, расстройством питания, затруднением обмена веществ и т. д. Старческое вырождение по существу сводится к разрушению макрофагами благородных элементов организма». Говоря о путях и мерах предупреждения преждевременного старения, И. И. Мечников полагает, что «прежде всего, следует попытаться восстановить правильную эволюцию человеческой жизни, то есть превратить дисгармонию в гармонию (ортобиоз). Так как одна наука способна решить подобную задачу, то человечество обязано давать ей возможность выполнить ее».

Поднятая И. И. Мечниковым тема ортобиоза получила более полную разработку в его книге «Этюды оптимизма» (1907). Он писал: «Мы вправе составить себе идеал человеческой природы, к которому человечеству следовало бы стремиться. Я думаю, что идеал этот заключается в ортобиозе, то есть в развитии человека с целью достичь долгой, деятельной и бодрой старости, приводящей в конечном периоде к развитию чувства насыщенной жизнью». И далее: «Теория ортобиоза проповедует ценность нормальной жизни и советует делать все, что может вести к ней... Теперь только начинаются правила, которым должно следовать для достижения этого идеала. Для полной разработки их необходима дальнейшая научная деятельность, которой нужно дать самый широкий простор... Ортобиоз требует трудолюбивой, здоровой, умеренной жизни, чуждой всякой роскоши и излишеств. Нужно поэтому изменить существующие нравы и устранить крайность богатства и бедности, от которых теперь происходит так много страданий... Здоровое сложение, простой и умеренный образ жизни благоприятствуют долголетию... Продление жизни, достигнутое в последнее время, должно быть приписано, конечно, прогрессу гигиены... При ее дальнейшем развитии она окажется еще гораздо более действенной в этом отношении».

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №2

Тема: Анатомо-физиологические и психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста.

Цель: формирование у студентов представлений об изменениях психических и физиологических в пожилом возрасте.

Вопросы для рассмотрения:

Дискуссионное обсуждение анатомо-физиологических и психологических аспектов старения. Выявление возможных проблем в удовлетворении универсальных потребностей стареющего человека.

Понимание необходимости внесения изменений в образ жизни пожилых людей.

Составление плана беседы с пациентами преклонного возраста.

Выявление изменения в состоянии важнейших органов и систем, изменения памяти, ориентации, сна, степени способности к самообслуживанию и потребности в посторонней помощи, проблем, связанных с изменением способа удовлетворения потребностей, оказание посильной помощи пациенту преклонного возраста.

Основные понятия темы:

Анатомо-физиологические особенности

Общепатологическим процессом в старости является атрофия. Все анатомо-физиологические особенности пожилого и старого человека обусловлены именно этим процессом.

Кожа и подкожная клетчатка

С возрастом кожа пожилых людей становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения количества потовых и сальных желез снижается пото- и салоотделение, из-за потери эластичности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки. Из-за этого кожа легко смещается, делается дряблой. Она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней.

Из-за выраженного уменьшения объема подкожно-жировой клетчатки нарушается теплообмен, пожилые люди легко отдают тепло и поэтому часто мерзнут, нуждаются в теплой одежде, обогреве постели. В плохо отапливаемом помещении, особенно в сочетании с малой подвижностью, развивается переохлаждение, даже при положительной температуре, что может привести к заболеванию или смерти больного. Оптимальная температура воздуха в помещениях должна быть около 21° С.

Нужно помнить, что для обогрева постели использовать электрические грелки можно только в том случае, если Вы уверены, что пожилой не заснет рядом с грелкой. Иначе, если во время сна произойдет невольное мочеиспускание, грелка промокнет, что приведет к электротравме.

С другой стороны пожилые люди с трудом переносят повышенную температуру и влажность воздуха. Возможно развитие общего перегрева с развитием теплового удара.

На коже пожилых людей часто появляются опрелости, особенно в местах естественных складок (паховых, подмышечных, под молочными железами у женщин, на ладонях и в складках суставов пальцев при длительном пребывании кистей в сжатом состоянии).

У пожилых людей часто развиваются онкологические заболевания кожи. Поэтому необходим регулярный осмотр всей поверхности кожи.

Возрастные изменения волос

Волосы в течение жизни изменяются под воздействием генетических, иммунных, гормональных факторов и экзогенных воздействий (жара и холод, химические агенты и механические травмы и др.). Происходят атрофические и дистрофические изменения в волосяных фолликулах и луковицах волос, волосы теряют пигмент, редеют, становятся ломкими.

Чаще всего пожилых женщин беспокоит гирсутизм - усиление роста жестких волос на лице в климактерическом периоде. Этот рост усиливается при попытках сбривать, выдергивать волосы. Рост волос на голове, коже туловища, лобка, в подмышечных ямках у лиц обоих полов с возрастом уменьшается. Образование залысин на висках, на темени, облысение (в основном у мужчин) чаще является наследственным. Кроме наследственности и дерматозов, ведущих к облысению, патогенетическими факторами признаны стрессы, гормональные нарушения, дефициты витаминов и микроэлементов, профессиональные вредности и интоксикации.

Опыт гериатров показывает, что нередко пожилые пациенты сильно беспокоятся о выпадении волос на голове, впадают в депрессию или тревогу. Необходимо предложить в таких случаях пользоваться подходящим париком. Если есть возможность и желание, можно провести комплексный курс лечения.

Уход за волосами пожилого человека, их частое мытье, аккуратное расчесывание, стрижка, каждодневное причесывание создают хорошее настроение, повышают самооценку, предупреждают депрессию.

Костно-мышечный аппарат

Общее количество костной ткани с возрастом уменьшается. Истончаются суставные хрящи, в том числе межпозвонокковые диски, что приводит к развитию болевого синдрома, изменению осанки, искривлению позвоночника. Большое профилактическое значение при подобных состояниях имеет гимнастика.

Пожилых часто мучают сильные боли в области позвоночника, тазобедренных, коленных, плечевых суставов при любом движении. Боли сопровождаются выраженной деформацией и ограничением подвижности. Это приводит к уменьшению двигательной активности пожилого, его изоляции, депрессии, желанию пребывать все время в постели.

Кости черепа утолщаются.

Вследствие остеопороза - разрежения костной ткани, возникающего в результате дефицита кальция, кости становятся хрупкими. Легко ломаются даже при незначительных ушибах. Остеопороз усиливается и при малоподвижном образе жизни. Причинами частых переломов костей у пожилых, помимо остеопороза, могут быть потеря мышечной массы в результате похудения, а также патология суставов. Для профилактики остеопороза необходимо употреблять продукты, богатые кальцием и витамином Д.

Уменьшается у пожилых людей и количество мышечной ткани, что приводит к ослаблению активности и трудоспособности. Быстрое наступление усталости не дает возможности заниматься привычными делами, доделывать до конца начатую работу. Физические упражнения не только приостанавливают потерю мышечной массы, но и способствуют нарастанию силы даже у очень пожилых людей, увеличению их двигательной активности. Известно, что после настоячивых занятий физкультурой в течение 1-2 месяцев многие пожилые люди отказывались от тростей и ходунков. Поэтому двигательная активность вопреки болевому синдрому, физические упражнения с дозированной нагрузкой помогают сохранить подвижность и физическую силу в любом возрасте.

Нарушается походка. Она делается медленной, неустойчивой, с укороченным шагом, шаркающей. Увеличивается период опоры на обе ноги. Поворачивается пожилой человек медленно, неуклюже, с разной скоростью в разных отделах тела. Такие нарушения походки часто приводят к падениям, а падения - к переломам костей.

Дыхательная система

Легочная ткань пожилых людей теряет свою эластичность. Уменьшается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Легкие не могут полностью расправляться при вдохе. Развивается эмфизема и одышка. Снижается бронхиальная проходимость, нарушается дренажная «очистительная» функция бронхов. Плохая вентиляция легких способствует развитию застойных пневмоний.

У пожилых людей снижается кашлевой рефлекс. Это может способствовать попаданию пищи или жидкости в верхние дыхательные пути при неправильном кормлении пожилого человека, что в свою очередь может привести к асфиксии или к развитию аспирационной пневмонии.

Из-за уменьшения кровенаполнения легких и склерозирования стенок альвеол нарушается нормальный газообмен, в результате чего кислород воздуха плохо проникает через альвеолы в кровь, а углекислота - из крови. Развивается гипоксия - состояние, сопровождающееся пониженным содержанием кислорода в крови, что приводит к быстрой утомляемости, сонливости. Гипоксия вызывает нарушения сна. Поэтому пожилым необходимо чаще находиться на свежем воздухе, заниматься дыхательной гимнастикой, особенно тем, кто вынужден много времени проводить в постели или кресле.

Головной конец кровати пожилых людей должен быть приподнят, что улучшает легочную вентиляцию и способствует более глубокому дыханию. При легочных заболеваниях необходимо всячески способствовать повышению двигательной активности. Врач должен назначать постельный режим только в случаях крайней необходимости. В лечении должны использоваться, конечно, по назначению врача, отхаркивающие средства в сочетании со средствами, разжижающими мокроту и препаратами, расширяющими бронхи. Пожилым людям с легочными заболеваниями необходимы лечебная дыхательная гимнастика и массаж. Если больной все-таки находится в постели, то должен как можно больше двигаться в ней, поворачиваться, садиться.

Сердечно-сосудистая система

С возрастом ухудшается работа сердечной мышцы, в сердце развивается соединительная ткань. Прежде всего, страдает сократительная способность сердечной мышцы, снижается сердечный выброс. Во время физической нагрузки сердце плохо снабжает организм кровью, ткани не обеспечиваются в должной мере кислородом, из-за этого значительно уменьшаются физические возможности человека, быстро наступает усталость. Нужно организовывать регулярные «передышки» при работе с пожилыми людьми, даже если они этого у Вас не просят. Их организм плохо подготавливается к предстоящей физической работе, плохо вработывается и плохо восстанавливается затем. Нельзя пожилых людей заставлять сразу, быстро что-то сделать, например, сразу быстро пойти или начать быстро одеваться. Пожилые люди часто жалуются на возникновение одышки, нарушение ритма сердца при выполнении физической работы или во время ночного сна.

Кроме того, в результате уменьшения эластичности кровеносных сосудов при физической работе резко повышается артериальное давление.

Важно помнить, что у пожилых людей при внезапных ситуациях, например испуге или стрессе, артериальное давление может резко подняться или, наоборот, резко упасть. При внезапном подъеме артериального давления у больного может развиваться нарушение мозгового кровообращения, вплоть до мозгового инсульта. Резкое падение артериального давления случается, например, при ортостатическом коллапсе, когда, при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, артериальное давление резко падает, что может сопровождаться потерей сознания и падением. Особенно часто это бывает у пожилых людей, получающих препараты, снижающие артериальное давление, мочегонные, психотропные и др. препараты. Важно ознакомиться с инструкциями по применению тех препаратов, которые принимает пожилой человек и соблюдать меры предосторожности в тех случаях, когда в инструкции указана возможность развития ортостатического коллапса. Нельзя, чтобы пожилые люди резко вставали. Опасно резко подниматься в постели или кресле или садиться в постели после ночного сна или после длительного лежания. Это часто приводит к падению с кровати или с кресла, особенно, если оно глубокое. Если есть возможность, лучше помочь пациенту подняться. Делать это надо медленно, поэтапно, чтобы сердце и сосуды смогли компенсировать изменение положения. После того, как пожилой человек сел или встал, его необходимо поддерживать до тех пор, пока не пройдет головокружение, которое возникает у многих людей как реакция на изменение положения. Постель или кресло пожилого человека должны быть удобными для медленного подъема, так как, в большинстве случаев, из неудобного кресла или кровати больной вынужден подниматься рывком. Матрас кровати или сиденье кресла не должны провисать напоподобие гамака, а высота кровати или кресла должна быть такая, чтобы угол бедра и корпуса туловища составлял более 90°.

Если пожилой человек вынужден много времени проводить сидя или стоя, у него развивается отек ног, варикозное расширение вен нижних конечностей. В таком случае можно пользоваться эластичными чулками или бинтами, периодически (5-10 мин в течение 2-3 ч) ложиться и поднимать ноги так, чтобы они были выше туловища, при этом очень хорошо делать движения, напоминающие кручение педалей велосипеда. Очень полезно подставлять под ноги сидячего пожилого человека скамеечку.

Пищеварительная система

Пожилые люди часто страдают сниженным аппетитом. Это может быть связано с потерей или ухудшением обоняния, вкуса, уменьшением количества выделяемой слюны и пищеварительных соков. При этом питательные вещества плохо усваиваются - снижается основной обмен - метаболизм. Даже при наличии собственных зубов у пожилых людей часто нарушается акт кусания и жевания, ухудшается механическая обработка пищи во рту. Однако чаще у пожилых людей возникают проблемы с жеванием, связанные с плохим состоянием полости рта. В связи с этим они могут отказываться от еды и терять в весе.

Необходимо проверять наличие зубов во рту или зубных протезов и их состояние. Пища, приготовляемая для пожилых людей, не должна быть слишком твердой или сухой. Слюны выделяется мало, и поэтому пожилые люди часто жалуются на сухость в полости рта, трещины губ и языка. Из-за малого количества слюны, обладающей бактерицидным действием, в полости рта, особенно при плохом уходе и наличии зубных протезов, под которыми всегда остаются частицы пищи, быстро развиваются гнилостные процессы. Пожилые люди нуждаются в тщательном уходе за полостью рта, частом смачивании ее водой или соком.

Пожилые люди всегда плохо едят в одиночестве и значительно лучше - в компании. С трудом и часто неохотно сами готовят себе еду и, в то же время, прекрасно едят, если еда приготовлена кем-то, кто находится рядом и кто, приготовив еду и накрыв на стол, может разделить с ними трапезу.

Из-за возрастных изменений у пожилых часто возникают дивертикулы (выпячивания стенки) и грыжи пищевода. Пища проходит по

пищеводу «вяло», возникает чувство комка за грудиной, особенно когда пожилой ест в горизонтальном положении. Часто возникает гастроэзофагеальный рефлюкс - обратное затекание пищи из желудка в пищевод, что приводит к таким симптомам, как боли в области груди, изжога. Для профилактики этого осложнения необходимо есть в вертикальном положении, небольшими порциями, 4 раза в день, после еды находиться в вертикальном положении не менее часа. Пища должна быть однородной, кашцеобразной консистенции, не слишком жидкой. Последний прием пищи необходимо осуществлять не позже, чем за 3-4 ч до ночного сна.

Слизистая оболочка желудка пожилых людей очень легко ранима. Велик риск развития язвы желудка. Особую осторожность нужно соблюдать при приеме противовоспалительных препаратов, которые так часто прописывают больным по поводу болей в суставах, например аспирина или ибупрофена.

Большую проблему представляют запоры. Они объясняются развитием гнилостной микрофлоры толстого кишечника, замедлением перистальтики, снижением тонуса и нарушением продвижения каловых масс, ослаблением мышц передней брюшной стенки и таза, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, уменьшением количества употребляемой жидкости, сопутствующими заболеваниями, например геморроем. Для профилактики запоров можно посоветовать вести подвижный образ жизни, совершать ежедневные прогулки, заниматься гимнастикой, делать массаж передней брюшной стенки, употреблять достаточное количество жидкости (не менее 2 литров), овощей и фруктов, уменьшить количество холестеринсодержащих продуктов, для нормализации микрофлоры употреблять кисло-молочные продукты. Режим питания - 4-х разовый. Соотношение Б:Ж:У = 1:0,8:3,5. Все это является мероприятиями по профилактике преждевременного старения.

Поджелудочная железа претерпевает с возрастом дистрофические изменения. Часто развивается сахарный диабет. Чтобы предотвратить это заболевание, следует ограничить потребление мучных продуктов, сладкой и жирной пищи, алкоголя.

Печени требуется больше времени для разложения токсических веществ и лекарств, падает выработка белков - альбуминов, что обуславливает плохое заживление ран.

Мочевыделительная система

С возрастом уменьшается количество нефронов - структурных единиц (рабочих клеток) почек. Диурез, т.е. суточное количество мочи, уменьшается (у 80-90-летнего человека он составляет только половину диуреза молодого). Моча выделяется в небольшом количестве, высокой концентрации.

Лекарства выводятся из организма плохо, поэтому легко может произойти передозировка препаратов.

Стенка мочевого пузыря утолщается, а эластичность и емкость - уменьшаются. Возрастает частота позывов на мочеиспускание. Нарушение замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря обуславливает подтекание мочи, т.е. недержание ее при наполнении мочевого пузыря. Из-за снижения функций высших нервных центров, контролирующих рефлекс мочеиспускания, старые люди плохо терпят, когда мочевой пузырь наполнен мочой. При возникновении позыва на мочеиспускание они испытывают необходимость сразу помочиться.

С учетом этого необходимо при уходе за пожилыми людьми уменьшить интервал между мочеиспусканиями, понуждать пациентов чаще ходить в туалет или пользоваться судном или мочеприемником. При недержании мочи у мужчин рекомендовано использование внешнего катетера, у женщин - памперса.

Зрение

У пожилых людей происходит нарушение рефракции, часто развивается катаракта, что приводит к снижению остроты зрения, особенно периферического. Пожилые люди плохо фиксируют взгляд на предметах, часто совсем не видят того, что находится сбоку от них. Поэтому при общении с ними, входя в комнату или подходя сбоку, следует как-то привлечь внимание, чтобы не напугать. Не подходите к человеку с плохим зрением против света. Заранее постучите в дверь или дайте знать, что Вы рядом, например, поздоровайтесь так громко, чтобы он Вас услышал и ответил Вам или дал знак, что Вас услышал. Однако не начинайте разговор громко и резко, находясь рядом с пожилым.

Если больной носит очки, то необходимо следить за тем, чтобы линзы очков были чистыми, не поцарапанными. Очки должны быть правильно подобраны. Важно периодически консультировать пожилых людей у окулиста, поскольку снижение зрения может происходить достаточно быстро. Очки должны быть всегда рядом с пациентом. В комнате необходимо обеспечить хорошее освещение. Опасно находиться в полумраке. Днем надо открывать занавески на окне, вечером вовремя включать светильники.

Без нужды не переставляйте предметы в комнате, не известив об этом пожилого человека, иначе он, не очень хорошо разглядев их на новом месте, по привычке пойдет обычным своим маршрутом и споткнется или ударится. Поменяв обычное место стакана с ложечками на обеденном столе, Вы обрекаете больного к бесплодному поиску ложки во время чаепития, что ему будет очень неприятно, особенно, если он понимает, что все на него смотрят. При появлении в комнате новых людей или предметов надо описывать их больному, чтобы он имел возможность представить их себе. Например, «сегодня солнечный день, я открыла дверь на балкон». «Я принесла вам красные гвоздики. Они стоят на журнальном столе в вашей любимой вазе». Комментируйте свои последующие действия: «Нам надо принять лекарства. Я сейчас принесу стакан с водой». «Время обедать. На первое у нас - грибной суп. К нему есть сметана». Расположение предметов на столе удобно объяснять, пользуясь сравнением с часовым циферблатом: сахарница стоит на 12 часах, хлебница с белым хлебом - на 3 часах, стакан с чаем - перед Вами, на 6 часах. При совместных передвижениях держите Вашего спутника за руку, лучше всего за предплечье. Рассказывайте ему о том, что встретится вам на пути: «Сейчас мы сойдем с тротуара» или «Сейчас мы начнем подъем по лестнице на второй этаж».

Слух

Если Ваш подопечный носит слуховой аппарат, убедитесь, что он им пользуется правильно, в соответствии с прилагаемым техническим руководством; проверяйте периодически, как аппарат работает, не сломан ли, не сели ли батарейки, не забились ли в наушники ушная сера.

При разговоре убедитесь, что аппарат работает и включен. Ваш собеседник сможет лучше Вас понять, если будет ориентироваться на мимику лица, движения губ. Поэтому при разговоре лучше сидеть так, чтобы ваши лица находились на одном уровне. Нельзя, чтобы собеседник смотрел на Вас против света. Говорить надо не громко (!), но и не тихо, ясно, внятно, несколько медленно, но, не утрируя и не подчеркивая отдельные слоги (не скандируя!), сопровождая речь живой мимикой и небольшим количеством выразительных жестов.

Во время разговора постарайтесь не отворачивать лицо, не смотрите в пол, не закрывайте рот или лицо руками. Во-первых, Вы этим ухудшаете ясность звуков, а во-вторых, люди с плохим слухом часто хорошо читают по губам. Говорите короткими фразами, небольшими смысловыми блоками, заканчивая каждый из них, убедитесь, что собеседник услышал Вас правильно. В особо важных случаях попросите повторить смысл сказанных Вами слов. Если подопечный Вас не понял, повторите, используя другие слова, но ни в коем случае не повышайте голоса, не кричите, не раздражайтесь и не торопитесь.

Пожилые люди с расстройством слуха лучше воспринимают низкие тона и хуже - высокие; плохо слышат высокие женские и писклявые детские голоса. Людям с нарушенным слухом очень мешает фоновый шум, например, когда одновременно говорят несколько людей, или когда Вы разговариваете в комнате, где работает телевизор.

Ухудшение слуха может быть связано с появлением пробок из ушной серы, поэтому, если Вы заметили, что слух больного ухудшился, надо обязательно провести медицинское исследование слухового канала. При наличии серной пробки ее обычно вымывают с помощью шприца и теплого раствора фурацилина. Эту процедуру осуществляет врач-отоларинголог. Для лучшего эффекта процедуры необходимо в течение 3 дней до этого закапывать на ночь в ухо по 1 капле теплого вазелинового масла. Закапывание масла можно применять и как средство профилактики серных пробок, сочетая его с чистой уха ватной турундой или специальными ушными палочками. Делать эту процедуру надо ловко, так как сера может забиться вглубь слухового прохода, к барабанной перепонке, и осторожно, потому что поверхность стенки ушного канала легко травмируется.

Вкус

У пожилых людей значительно ухудшается способность ощущать вкус пищи из-за возрастного уменьшения количества вкусовых рецепторов - клеток, воспринимающих вкус пищи. К 70 годам таких клеток остается меньше половины. Пожилые люди плохо ощущают сладкое, кислое, горькое, часто переслащивают еду. Дополнительно ухудшают восприятие вкуса зубные протезы. Вкус может не только ухудшаться, но и извращаться.

Важно следить за состоянием полости рта, обязательно чистить зубные протезы, прополаскивать рот перед и после еды, очищать поверхность языка от налетов.

Обоняние

С возрастом обоняние также ухудшается. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи. Отсутствие обоняния делает еду безвкусной, что приводит к потере аппетита.

Другая серьезная проблема, обусловленная нарушением обоняния - возможность отравления испорченными продуктами, газом, выходящим из открытой конфорки на кухне. Не почувствовав запах дыма при возгорании, пожилой человек может не заметить вовремя пожар.

Тактильная (осязательная) чувствительность

У людей старшего возраста ухудшается способность тонкого ощущения предметов. Из-за этого они берут предметы неловко, могут легко выронить их из рук и в результате обжечься, ошпариться; вызвать возгорание и пожар. Предметы, которыми часто пользуется пожилой, например посуда, должны иметь достаточно большие и удобные ручки, чтобы можно было надежно брать за них. Предметы должны быть достаточно весомыми, чтобы они хорошо ощущались в руке. Особенно это относится к тростям.

Нарушение подошвенной чувствительности приводит к тому, что пожилой человек плохо ощущает характер поверхности, на которую ступает его нога. Это создает дополнительную возможность падения. Ботинки должны быть подобраны точно по ноге (очень опасна разношенная обувь!).

Возрастное ухудшение тактильной чувствительности совсем не означает, что не нужно прикасаться к старикам. Наоборот! Выяснилось, что пожилые люди очень нуждаются в прикосновениях, не меньше, чем маленькие дети. Прикосновения, поглаживания, простое пожатие руки - все это очень важно для воодушевления, душевной поддержки Вашего подопечного. Тактильный контакт может помочь восстановить уверенность в себе, свою востребованность, неоставленность в этом мире.

Болевая чувствительность

У людей старшего возраста замедленная реакция на воздействие температуры. Это может привести к тому, что, прикоснувшись к горячей кастрюле, сковородке или открытому огню, пожилой человек не сразу отдернет руку, а через некоторое время, достаточное для развития серьезного ожога.

При мытье в ванной, пробуя на ощупь температуру воды, он не всегда в состоянии правильно ее определить и, погрузившись в очень горячую воду, может получить ожоги. Поэтому важно измерять температуру воды в ванной не на ощупь, а с помощью водного термометра.

Память

У старческой памяти тоже есть свои особенности. Помимо общего снижения способности запоминать, характерно нарушение памяти на недавно прошедшие события, а также намерения и действия, связанные с текущей жизнью.

Пожилые с трудом запоминают даты, имена, номера телефонов, назначенные встречи. Они быстро забывают увиденное по телевизору или прочитанное, не могут вспомнить, куда положили ту или иную вещь. В таких случаях нужно приучать их делать записи, класть все вещи на одни и те же места, ни в коем случае не менять установившегося порядка или месторасположения предметов!

Пожилые люди с трудом ориентируются в новой обстановке.

На фоне потери памяти на текущие события у стариков сохраняется и даже «оживляется» память на «дела давно минувших дней». Считается, что «уход в прошлое» и воспоминания, связанные с периодом социальной активности и значимости, повышают самооценку пожилого человека, позволяют ему отвлечься от осознания грустной действительности, с которой он не хочет согласиться и которую он не хочет осмысливать. Возможно, что пожилой человек часто не готов к решению таких глобальных вопросов бытия, как смысл прожитой жизни и осознание того, что и в каком виде его ожидает после смерти.

Сон

Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна, который приносит отдохновение. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. При такой структуре сна могут быть жалобы типа: «всю ночь не сомкнул глаз». Если таких людей случайно разбудить, они могут потом долго не заснуть. Частота случайных пробуждений с возрастом увеличивается, а общая продолжительность сна не меняется. Это часто приводит к усталости и апатии.

Однако нельзя забывать, что сонливость, усталость и апатия могут быть связаны, не только с нарушением сна, но и с психическими расстройствами.

Способствуют нарушению сна и другие факторы: стресс, заботы, депрессия, нарушение режима дня, длительный постельный режим, обезвоживание, факторы окружающей среды.

Психологические изменения в личности старого человека

Классификация психических изменений в старости и типов психологического старения

Все изменения в этом возрасте можно классифицировать на три сферы:

1. В интеллектуальной - появляются трудности в приобретении новых знаний и представлений, в приспособлении к непредвиденным обстоятельствам. Сложными могут оказаться самые разнообразные обстоятельства: те, которые сравнительно легко преодолевались в молодости (переезд на новую квартиру, болезнь - собственная или кого-то из близких людей), тем более прежде не встречавшиеся (смерть одного из супругов, ограниченность в передвижении, вызванная параличом; полная или частичная потеря зрения.)

2. В эмоциональной сфере - неконтролируемое усиление аффективных реакций (сильное нервное возбуждение) со склонностью к беспричинной грусти, слезливости. Поводом для реакции может быть кинофильм о прошлых временах или разбитая чашка.

Человек подводит итоги и, если воспринимает жизнь, как целостность, где ни убавить, ни прибавить, то он уравновешен и спокойно смотрит в будущее, так как понимает, что смерть - естественный конец жизни. Если же человек приходит к печальным выводам, что жизнь прожита зря и состояла из разочарований и ошибок, теперь уже непоправимых, то его настигает чувство бессилия. Приходит страх смерти.

Психологи утверждают, что страх смерти - это чисто человеческое чувство, такого нет ни у одного животного. Именно поэтому оно и может быть преодолено.

Отечественный ученый В.В. Болтенко выделил ряд этапов психологического старения, которые не зависят от паспортного возраста.

На первом этапе сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с профессией пенсионера. Чаще это люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Эта связь может быть непосредственной в форме эпизодического участия в выполнении прежней работы, может и опосредованной, через чтение специальной литературы, написание специальной литературы, темы. Если же она обрывается сразу после ухода на пенсию, то человек, минуя первый этап, попадает на второй.

На втором этапе наблюдается сужение круга интересов за счет выполнения профессиональных привязанностей. В общении с окружающими уже преобладают разговоры на бытовые темы, обсуждение телевизионных передач, семейных событий, успехов или неудач детей и внуков. В группах таких людей уже трудно различить, кто был инженером, кто врачом, а кто профессором философии.

На третьем этапе главенствующей становится забота о личном здоровье. Любимая тема для разговора - лекарства, способы лечения, травы. И в газетах, и в телепередачах на эти темы обращается особое внимание. Наиболее значимым в жизни человеком становится участковый врач, его профессиональные и личностные качества.

На четвертом этапе смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, члены семьи, поддерживающие личный комфорт пенсионера, соседи самого ближнего расстояния. Для приличия или по привычке - редкие телефонные разговоры со старыми знакомыми - ровесниками, почтовая переписка, в основном, чтобы узнать, скольких еще удалось пережить.

И, наконец, на пятом этапе происходит снижение потребностей чисто витального характера (еда, покой, сон). Эмоциональность и общение почти отсутствуют.

Проблема адаптации лиц пожилого возраста к старению

Старость - крайне критический период времени. Она требует всех сил личности, чтобы приспособиться к окружающей обстановке.

Отмечающаяся у некоторых пожилых людей невозможность привыкнуть к новому для них статусу приводит к горечи, переживанию чувства внутреннего одиночества, безысходности. Эти ощущения, которые возникают у людей, обнаруживающих трудности приспособления к «амплуа» старика и связанной с этим приспособлением психологической перестройки, очень точно описывает А.П. Чехов: «Старики, взволнованные думами о том, как хороша молодость, после которой, какая бы она ни была, остается в воспоминаниях одно только живое, радостное, трогательное, и как страшна, холодна эта смерть, которая не за горами, - лучше о ней и не думать! Вздремнешь, забудешься, и вдруг кто-то трогает тебя за плечо, дует в

щеку - и сна нет, тело такое, точно отлежал его, и лезут в голову мысли о том, что жизнь уже прошла, не вернешь ее...»

Установлено, что в старости страдает сила, подвижность, уравновешенность нервной системы. Нарушается выработка условных рефлексов. В связи с ослаблением, замедлением их образования организм уже не так совершенно адаптируется к среде.

Период жизни людей, переступивших возрастной пенсионный рубеж, далеко не всегда характеризуется успешной адаптацией. Плохое приспособление к новым условиям жизни вызывается в основном причинами психологическими.

Общепризнанно мнение, что адаптация человека в различные периоды жизни определяется взаимодействием биологических, социальных и психологических факторов, действующих на него в этот период, а также в недалеком и отдаленном прошлом. История приспособления к жизни в молодом возрасте, по-видимому, в значительной мере предопределяет адаптацию в старости.

Лучше адаптируются к стрессам в старости люди, легко устанавливающие контакты с окружающими, те, у кого сложились хорошие отношения в семье и на работе, люди, которые прежде сталкивались с трудностями, встречающимися на их жизненном пути, но не дали сломить себя. Адаптацию к старости надо рассматривать и с учетом высшей нервной деятельности человека в прошлом и настоящем.

В последние два периода жизни - в пожилом и старческом возрасте - подавляющему большинству предстоит пережить два неминуемых события: уход на пенсию - окончание профессиональной деятельности в коллективе и расхождение - уход взрослых детей из семьи.

Переход на пенсию. Для многих расставание с привычным коллективом, установившейся размеренной жизнью, с определенными периодами труда и отдыха - уход от стереотипа в повседневной жизни - часто происходит драматически. Человек отчуждается от общества, впадает в одиночество, если у него не появляется новых интересов, захватывающих сознание и постепенно вытесняющих то, что было самым важным в прошлом периоде жизни.

К сожалению, довольно часто, положение пожилого человека становится более тяжелым уже в предпенсионный и, тем более, в пенсионный период, как на работе, так и вне ее. Быстрый рост научного прогресса, введение новых автоматических механизмов и приборов лишили пожилого человека той привилегии, которой он обладал в прошлые годы. Старый работник не может уже достаточно быстро овладеть новейшей сложной техникой, не может в этом отношении конкурировать с молодежью.

Люди интеллектуального труда испытывают дискомфорт в меньшей мере (речь идет об ученых, высококвалифицированных специалистах, художниках, литераторах, композиторах, редакторах, которые в старости нередко достигают наибольших высот в своем творчестве).

Пожилой человек, оставляющий свою профессиональную деятельность и переходящий на пенсию, часто испытывает стрессовые состояния, называемые «пенсионной болезнью». Этот процесс особенно тяжело переносится, если не удалось сохранить здоровье, если падает престиж в семье, если нет должной теплоты, понимания среди близких людей. Все это особенно тягостно для мужчин, у которых труд был основной целью жизни. Женщинам здесь проще. Наряду с профессиональной деятельностью они много занимаются работой по дому, воспитанием внуков и т.д. Это в значительной мере сглаживает их разрыв между прошлым и настоящим (в отличие от многих мужчин).

Не следует конфликтовать престарелым людям с позицией новых поколений и противопоставлять настоящее тому, что было в их молодости. Преобладание розовых, ностальгических воспоминаний о прошлом, признание старости, которое делает их неспособными жить настоящим и будущим, способствует развитию преждевременного психологического старения.

Пенсионер должен четко понимать, что переход на заслуженный отдых - не физическое и умственное бездействие, а стремление не отвергнуть настоящее.

Старый человек должен оставаться в гуще интересов семьи и событий в стране, постоянно чувствовать себя полноправным гражданином. Чтобы жить, а не выживать, особенно людям пожилого возраста, нужны знания и навыки для налаживания социальных коммуникаций, для того, чтобы реализовать те силы жизни, которые они в себе чувствуют. Это может быть народная театральная студия, хор ветеранов, дача и т. п. Еще может быть общественная деятельность, которую надо организовывать самим, чтобы чувствовать свою значимость.

В сохранении психического здоровья пожилых людей, в продлении их жизни огромную роль играет то, насколько внимательно и заботливо относятся к ним окружающие, и особенно близкие люди. Но что греха таить, мы подчас забываем о насущнейшей потребности пожилых людей в уважении и участии, портим им, сами того не замечая, настроение и самочувствие.

Разве неверно то, что мы все еще порой оказываемся недостаточно внимательными к мнениям и требованиям старых людей, не принимаем в расчет их суждения, оценки, а, в лучшем случае, относимся к ним с обычным снисхождением? Такая тенденция на «отмахивание» от стариков приводит часто к искусственной изоляции их как бесполезных, никому не нужных, никчемных людей.

Бессмысленно стараться отгородить пожилого человека ото всех дел и хлопот, от волнений и стрессов. Такая забота оборачивается для них душевной трагедией. Жизнь в барокамере - трудное испытание даже для молодых и крепких космонавтов, старому человеку оно не под силу.

Посильный труд дает уверенность в собственной полезности и необходимости. Многие старики с удовольствием включаются в ведение домашнего хозяйства, считают за счастье заняться воспитанием внуков, делая доступными для детей все радости жизни.

Для семьи чрезвычайно важна преемственность поколений, их связь. Нельзя ее терять, нельзя предавать, отдавать в жертву житейским мелочам, увялшему самолюбию, взаимным обидам.

Умение вежливо, внимательно и с уважением выслушать старших; обязательный ритуал поздравлений с праздниками, преподношение маленьких подарков; семейные традиции, бережно охраняемые; интерес к жизни, труду дедов и прадедов - все это необходимо сохранять в каждой семье. И молодым и пожилым надо стараться понимать друг друга. Надо быть уступчивее, справедливее, добрее.

Все-таки, наверное, самое главное - быть добрее.

Вне зависимости от того, проживает ли пожилой человек отдельно или же совместно с молодыми, надо сделать все, чтобы он не чувствовал себя одиноким. Многочисленные наблюдения показывают, что одиночество, стремление к физическому покою превращают нормальное, физиологическое старение в патологическое.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №3

Тема: Организация социальной помощи населению старших возрастных групп.

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях социальной помощи людям в старческом возрасте.

Вопросы для рассмотрения:

Обсуждение социальных проблем человека преклонного возраста. Экономических и социальных аспектов одиночества, особенности формирования и оказания социальной помощи в России и в регионе. Пенсионное обеспечение, система льгот. Определение и обоснование нуждемости в социальной помощи. Обсуждают проблемы создания безопасной среды в общественных местах, на транспорте, на улице и т.д. для людей преклонного возраста. Обосновывают значение семьи для пожилого пациента, роль общественных организаций в сохранении социальной активности.

Проведение собеседования с пациентом преклонного возраста, определение его социального статуса, выявление сохранности социальных контактов, положения пациента в микросоциуме. Составляют отчет по результатам собеседования с выводами. При разборе конкретных ситуаций определяют и обосновывают нуждемость в социальной помощи.

Основные понятия темы:

Социальная помощь: основные понятия и проблемы пожилых людей

Постарение населения является одной из актуальных проблем современного общества. В настоящее время наблюдается увеличение численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства стран, в том числе и в России.

Проблемы социального характера в основном связаны с низким уровнем материального достатка. Имеются трудности в приобретении лекарственных средств, медицинской техники (инвалидных колясок, протезов), оплате дорогостоящих видов медицинской помощи, реабилитации, санаторно-курортного лечения. Отмечается недостаточная материальная поддержка со стороны государства (предоставление пособий, льгот).

Окончание трудовой деятельности неизбежно приводит к сокращению социальных связей, возможности общаться с широким кругом людей, особо остро данное обстоятельство переживают одинокие люди пожилого и старческого возраста. Возникновение основной психологической проблемы – одиночества, во многом и определяет потребность в постороннем уходе, как в случае возникновения заболевания, так и в повседневной жизни.

Среди населения старше трудоспособного возраста эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендуют особо выделить *категорию престарелых*, имеющих *высокий риск* ухудшения здоровья, социального и экономического положения:

- лица в возрасте 80 - 90 лет и старше;
- живущие одиноко (семья из одного человека), в том числе вдовы;
- живущие изолированно пары, в том числе бездетные;
- страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- вынужденные жить на минимальное социальное пособие.

Граждане Российской Федерации имеют право на пенсионное обеспечение при достижении соответствующего пенсионного возраста, при наступлении инвалидности, а для нетрудоспособных членов семьи - при потере кормильца; основанием для пенсионного обеспечения отдельных категорий трудящихся является длительное выполнение определенной профессиональной деятельности.

Формы социального обслуживания

Законом предусмотрено пять форм социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

1. социальное обслуживание на дому;
2. полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
3. стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их назначения;
4. срочное социальное обслуживание при оказании неотложной разовой социальной помощи остро нуждающимся гражданам;
5. социально-консультативная помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам, направленная на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества, государства.

Наиболее традиционной формой коллективной социальной помощи одиноким престарелым является *дом-интернат*. В дома-интернаты поступают лица, не имеющие возможности обслуживать себя или пользоваться посторонней помощью.

В стране имеются дома-интернаты для престарелых различных типов:

- 1) общего типа - для престарелых, сохранивших способность к самообслуживанию;
- 2) больничного типа - для лиц с хроническими заболеваниями, которым требуется постоянный посторонний уход;
- 3) специальные интернаты для психиатрических больных;
- 4) дома, принадлежащие ведомственным организациям (ветеранов сцены, цирка, шахтеров и др.).

Дома для пожилых - новая форма обслуживания престарелых. В них предполагается размещать одиноко живущих людей и одинокие семейные пары в отдельных однокомнатных или двухкомнатных квартирах гостиничного типа. В нижних этажах этих домов предусматривается размещение столовых, пунктов бытового назначения. Все бытовые и коммунальные услуги в домах для пожилых оплачиваются их жильцами на льготных условиях. В таких домах удобно организовывать медицинское и культурное обслуживание престарелых.

Пансионаты и санатории предназначены для лечения и отдыха пожилых.

Большое распространение получило *обслуживание на дому* социальными работниками центра социального обслуживания. Социальные работники предлагают подопечным широкий набор услуг. Согласно Положению о центре социального обслуживания к таким услугам относятся: доставка на дом продуктов питания из магазина, с рынка; доставка горячих обедов из столовых, необходимых товаров и лекарств, гуманитарной помощи; оформление различных коммунальных и других платежей; сдача в ремонт различных вещей. По поручению подопечного социальный работник свяжется при необходимости с нотариусом, вызовет врача, получит заказанную ортопедическую обувь, поможет написать письмо родственникам, оформит необходимые документы (в том числе и для помещения в дом-интернат), пригласит мастеров по ремонту квартиры или какой-нибудь аппаратуры (телевизор, стиральная машина и т. п.). Некоторые территориальные центры расширяют рамки и этого довольно широкого круга услуг.

Основные услуги на дому предоставляются бесплатно, отдельные виды услуг, не связанные с первоначальными потребностями, оплачиваются пенсионерами, но при условии, что он получает надбавку к пенсии по уходу.

Услуги социальными работниками на дому оказываются одиноким нетрудоспособным гражданам. Эта служба, прежде всего, насколько возможно, скрашивает жизнь одиноких, в сложившихся условиях лишенных самого необходимого – человеческого общения.

После создания служб социальной помощи резко сократились очереди для поступления в дома-интернаты среди нетрудоспособных граждан, лишенных возможности к самообслуживанию, нуждающихся в посторонней помощи и уходе. Теперь эти люди могут проживать у себя дома, в привычных условиях, сохраняя свой стиль жизни. Это сохраняет не только их психику, но порой и продлевает жизнь.

Для малоимущих организуется бесплатное и льготное питание в столовых, кафе. Оплачивают обеды общественные фонды, частные и государственные предприятия. Дело не только в оплате: одинокому человеку, да еще и пожилому, трудно и нелегко возиться с готовкой для себя одного. Встречи пенсионеров во время обедов становятся своеобразными клубами, частично разрешают проблему дефицита общения.

Одиночество - еще одна из проблем пожилого человека. Особенно много одиноких женщин, что, в общем-то, не удивительно при том различии в продолжительности жизни мужчин и женщин, которое существует в нашей стране. Но женщина легче приспосабливается к одиночеству после смерти мужа, чем мужчина. Мужчина-вдовец - редкое явление, он, как птица с одним крылом, не приспособлен к жизни.

Сотни факторов и множество обстоятельств влияют на жизнь и здоровье одиноких, и далеко не все из них обречены на раннюю смерть, хотя среди всех «официальных» долгожителей, т.е. лиц, продолжительность жизни которых удостоверяется документально, нет и не было ни одного старого холостяка, ни даже вдовца, жившего одиноко длительное время. Но, даже если не говорить о долгожителях, то и в числе всего остального населения одинокие умирают раньше, нежели семейные. «Одиночество» - отсутствие человеческих контактов - разрушает личность, ее социальный строй.

Виды социальной поддержки

Организация социальной помощи престарелым строится на принципах адресности, гарантированности, комплексного подхода, гибкости форм. В соответствии с этими принципами, оказываются различные виды поддержки.

1. *Материальная*: пособия по нуждаемости (доплата до прожиточного минимума), целевые доплаты (на оплату отопления, одежды, лекарств), пособия попавшим в экстремальные ситуации, пособия на приобретение протезно-ортопедических изделий.

2. *Натуральная*: в виде предметов первой необходимости, одежды, обуви, продуктов питания, организации бесплатного питания, обеспечения ночлега.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №4

Тема: Организация медицинской помощи населению старших возрастных групп.

Цель: формирование у студентов представлений об особенностях медицинской помощи людям в старческом возрасте.

Вопросы для рассмотрения:

Дискуссионное обсуждение возможностей сестринской службы в удовлетворении универсальных потребностей пожилых пациентов и решении их проблем со здоровьем. Теоретическое обоснование особенностей специализированного сестринского ухода с учётом анатомо-физиологических и психологических возрастных изменений, особенности способов удовлетворения универсальных потребностей.

Медицинский работник как консультант по вопросам, касающимся состояния здоровья. Применение сестринского процесса в обучении пациента и его семьи правильному образу жизни. Методика сестринского обследования образа жизни пациента. Примеры возможных проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений, навыков в области укрепления здоровья. Определение целей и планирование объема обучения. Реализация плана обучения. Оценка эффективности объема обучения.

Обеспечение безопасности пожилого пациента в медицинских организациях, в том числе особенности раздачи лекарственных средств в геронтологических отделениях. Обучение пациентов старших возрастных групп правилам приема лекарственных препаратов в домашних условиях.

Работа с пациентами старших возрастов в отделениях стационара.

Основные понятия темы:

Организация медицинской помощи

Постарение населения является одной из актуальных проблем современного общества. В настоящее время наблюдаются медико-демографические процессы, характеризующиеся увеличением численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства стран, в том числе и в России.

Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих остро, и увеличивается число хронических заболеваний, которые носят множественный характер. Увеличивается риск возникновения ситуаций, требующих не только оказания медицинской, социальной и реабилитационной помощи, но и постороннего ухода.

Рост численности населения старших возрастных групп, наличие характерных особенностей возраста и имеющихся проблем неизбежно приводит к увеличению количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные учреждения. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2-4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, а уровень госпитализации составляет около 165 на 1000 человек, что несколько ниже реальной потребности. Людям преклонного возраста, по их субъективному мнению, необходима стационарная медицинская помощь. В настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке и другие признаки интенсификации лечебно-диагностического процесса. Для пожилых пациентов с хроническими вялотекущими формами заболеваний, которые нуждаются в длительной поддерживающей терапии или реабилитационных мероприятиях после госпитализации это может приводить к ощущениям преждевременной выписки. Оставшись в домашних условиях без посторонней помощи в лице медицинских работников, пожилые не всегда могут самостоятельно справиться с решением основных проблем, ухудшающих качество жизни. Поэтому, с учетом особенностей организма, пожилые пациенты нуждаются в длительной поддерживающей терапии и постоянном уходе.

Все меры медицинского воздействия должны преследовать цель активизации подвижности пожилого больного, его способности к самообслуживанию, а если пожилой человек еще работоспособен, то и восстановления полной общей и профессиональной работоспособности.

С целью повышения объемов и качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, профилактики преждевременного старения, а также интенсификации научных исследований в области геронтологии, организованы гериатрические центры, создана сеть гериатрических больниц и отделений, учреждений медико-социальной помощи (хосписов, домов и отделений сестринского ухода) в соответствии с потребностью, проведена подготовка медицинских кадров для работы в гериатрических учреждениях.

Гериатрический центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма, а также обеспечения организационно-методического руководства деятельностью медицинских, медико-социальных учреждений и специалистов по вопросам оказания гериатрической помощи.

В структуру центра включаются:

- гериатрические стационарные отделения различного профиля;
- консультативное отделение;
- отделения диагностики;
- организационно-методический отдел;
- вспомогательные отделения и службы.

Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы) предназначена для оказания плановой гериатрической, в том числе специализированной стационарной медицинской помощи, а также долечивания и медицинской реабилитации после проведения курса интенсивного лечения в стационарах иного профиля гражданам пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма. Больница (отделение) может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

Организируются также специальные *стационары для пожилых дневного пребывания*, где пациенты получают консультативную и лечебную помощь.

Отделение медико-социальной помощи — структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения или поликлинического отделения, специализированного диспансера и медико-санитарной части независимо от их организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности.

Отделение занимается оказанием долговременной медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) и медико-социальной помощи, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию.

Отделение выполняет следующие функции:

- в соответствии с назначением лечащего врача организует и обеспечивает проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- проводит санитарно-просветительскую работу, оказывает содействие в социально-психологической адаптации лицам пожилого возраста, осуществляет обучение правилам пользования средствами реабилитации, реабилитационной техникой и приспособлениями, навыками ухода за пациентами;
- обеспечивает в пределах своей компетенции взаимодействие с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, медико-социальными экспертными комиссиями, организациями, осуществляющими продажу и прокат средств инвалидной техники, и другими государственными и общественными организациями и учреждениями.

Хостис - медико-социальное учреждение, в задачи которого входит паллиативный уход за онкобольными пациентами, чьи болезни не поддаются лечению. Цель паллиативной медицины - достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс, не ускоряет и не отдалает смерть, обеспечивает систему поддержки семьи во время болезни их близких и в период смерти.

Лечение престарелых, хронически больных и инвалидов в обычных стационарах не только не обосновано с медицинских позиций, но и экономически нерационально, поскольку в основном эти пациенты нуждаются в минимальном объеме лечебных мероприятий и длительном сестринском уходе.

Проблемы в удовлетворении потребностей и сестринский уход. Искусство продления жизни

Важная роль в организации квалифицированной помощи лицам пожилого и старческого возраста отводится сестринским кадрам. Их участие в профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи не только в условиях стационара и поликлиники, но и, что чрезвычайно важно, на дому у пациентов, позволяет обеспечить большую доступность медико-социальной помощи пожилым и старикам.

При работе с пожилыми людьми медицинская сестра должна знать психологические особенности гериатрического пациента. Нельзя требовать от пожилого человека того, чего мы требуем от человека в расцвете сил и лет. Надо помнить хорошо известную истину, что старики чем-то похожи на детей. Работа с пожилыми людьми требует большого терпения, снисходительности, чувства юмора и искусства общения. Чувство уважения к пожилому пациенту, часто восхищение его жизненным анамнезом обычно резко повышает доверие к медсестре, ее авторитету как специалиста. Медсестра должна уметь хранить тайну, доверенную ей больным, не злоупотреблять доверием, которым она пользуется в силу своего положения.

Сестринское обследование пожилого человека требует больше времени. Говорить с пожилым необходимо ясно, более медленно, не кричать в ухо пациента.

При опросе следует выяснить, как сам пожилой человек описывает свое состояние в настоящий момент, что делает для поддержания здоровья, что знает о связи между образом жизни и здоровьем, что знает о лекарствах, которые принимает, если есть аллергия, что делает для ее предупреждения, что знает о болезнях своих родственников, имеет ли серьезные болезни или повреждения.

Выясняют также обмен веществ и питание: как питается пациент, как сочетаются рекомендуемая и реально соблюдаемая диеты, есть ли болезни, связанные с нарушением обмена веществ или пищеварения.

Выделительная функция: как функционируют органы выделения, имеются ли жалобы со стороны мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта и кожи.

Двигательная активность: как пациент оценивает свою двигательную активность, есть ли заболевания сердечно - сосудистой, дыхательной или опорно-двигательной систем.

Режим сна и отдыха: есть ли нарушения сна, с чем они связаны, чем занимается пациент в свободное время.

Самовосприятие и самопонимание: что человек чувствует, что необычно в его ощущениях, комфортно ли ему. Рольевые отношения: как человек оценивает свою роль в семье, на работе и т.д., есть ли у него положительные примеры этих ролей, что для человека наиболее важно в настоящее время, есть ли сейчас какие-то изменения в ролях или отношениях.

Толерантность к стрессу: как человек обычно справляется с проблемными ситуациями, его действия обычно помогают преодолению таких ситуаций или ухудшают их, существуют ли у пациента индивидуальные приемы при эмоциональном стрессе.

Увлечения и жизненные приоритеты: какие принципы важны еще с детства, и к какой культурной, этнической, религиозной или другой группе относится человек, какова его система жизненных ценностей.

После опроса медсестра определяет проблемы пациента, которые могут быть связаны с дефицитом его знаний в области укрепления здоровья, неправильным образом жизни (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное, нерациональное питание и т.д.). На основании полученных данных составляется и осуществляется план сестринских вмешательств. При составлении плана медсестра обязательно должна заручиться поддержкой пациента и родственников для успешного выполнения намеченных мероприятий.

При реализации сестринских вмешательств медсестра должна дать полную консультацию пациенту по вопросам рационального образа жизни, помочь в формировании здоровых привычек (отказ от курения, употребления алкоголя). Снабдить пациента печатной литературой по формированию здорового образа жизни. Медсестра должна указать пациенту на факторы риска, которые могут привести к ухудшению его здоровья: это может быть ожирение, гиподинамия, неполноценный отдых, плохой уход за кожей и т.д.

Основная задача медсестры - побудить пациента к самообслуживанию и поэтапному решению проблем.

Медсестра при посещении пациента на дому должна повторять свои рекомендации как можно чаще, давать их не только устно, но и письменно, а также показывать соответствующие приемы ухода на практике. Нужно также убедиться в том, что пациент правильно понял советы медсестры. Для этого можно попросить его повторить или показать в действии то, что медсестра рекомендует делать.

На всех этапах сестринского ухода медсестра должна проводить анализ изменяющейся ситуации и вносить коррективы в свои действия.

Основными принципами ухода за лицами пожилого и старческого возраста являются:

- общение, сохранение социальных контактов;
- обеспечение безопасности;
- уменьшение влияния вредных факторов: экологических, экономических, социальных, вредных привычек и др.;
- своевременное лечение заболеваний, в т.ч. обострения хронических;
- обеспечение комфортного сна, температура в комнате – 20° - 22°;
- уход за кожей: купание не реже 1 раза в неделю, применение увлажняющего и питательного крема для уменьшения сухости;
- рациональное питание: Б : Ж : У = 1 : 0,8 : 3,5; уменьшение в рационе холестеринсодержащих продуктов; включение молочных продуктов, богатых кальцием; употребление кисломолочных продуктов, овощей и фруктов, жидкости; 4-х разовый режим питания и др.;
- обеспечение неподвижного пожилого человека средствами сигнальной связи, в т.ч., при нахождении его в стационаре.

Гериатрическая фармакотерапия

При лечении людей пожилого и старческого возраста необходимо учитывать, что лекарственная терапия должна быть только одним из звеньев комплекса терапевтических мероприятий.

Самолечение недопустимо для пожилых и старых людей. Нередко оно способствует дальнейшему развитию болезней, весьма часто переходящих в тяжелые, неизлечимые формы.

Пероральный метод введения лекарственных средств в гериатрической практике используется наиболее часто. Физиологические возрастные изменения желудочно-кишечного тракта изменяют скорость и эффективность процесса всасывания.

Замедление эвакуации лекарственного средства из желудка снижает скорость его абсорбации. Задержка опорожнения желудка может оказать нежелательное воздействие на кислотоустойчивые лекарственные препараты (например, пенициллин).

Изменение скорости абсорбации лекарственных средств у людей пожилого и старческого возраста наблюдается и при их подкожном или внутримышечном введении.

Лечение старых людей необходимо начинать с наиболее низкой из рекомендуемых доз с последующим регулированием ее в зависимости от клинического эффекта и уровня препарата в крови. К таким препаратам относятся: пенициллин (большие дозы), дигоксин, аминогликозиды, аллопуринол, новокаиномид, цефалоспорины (цепорин, цефамизин и др.), метилдофа (допегит), этамбутол.

Не следует назначать пожилым и старым людям со значительным нарушением функции почек хлорпропамид, сульфаниламиды, тетрациклины, фурадонин, так как в этом случае они недостаточно эффективны и обладают выраженным побочным действием.

В гериатрической фармакологии необходимо избегать больших нагрузок лекарственными препаратами. Особенно тяжело переносятся в пожилом и старческом возрасте ударные дозы лекарственных средств.

Основным принципом гериатрической фармакотерапии является более осторожное применение лекарственных средств при лечении пожилых и старых людей, чем молодых. Не употреблять лекарственных средств, если возможна другая терапия, которая заслуживает большего внимания.

При продолжительном медикаментозном лечении необходим периодический пересмотр схемы фармакотерапии с целью сокращения перечня препаратов.

Особое внимание должно быть уделено регулярному приему назначенных препаратов. Люди пожилого и особенно старческого возраста часто или забывают принять его, или принимают повторно через короткий срок. В связи с этим в условиях стационара медицинская сестра должна лично дать назначенное врачом средство больному. В домашних условиях должна быть отлажена суточная доза лекарственного средства так, чтобы по оставшимся порошкам или таблеткам больной мог судить, сколько раз оно уже принято. В гериатрической практике удобно применять окрашенные таблетки или капсулы. При назначении одновременного приема нескольких препаратов в домашних условиях целесообразно утром раскладывать их на весь день в крышки от лекарственных флаконов, на дне которых положены вырезанные кружочки бумаги разного цвета или же сделаны пометки другого рода. По возможности следует избегать назначения жидких лекарственных форм. Из-за плохого зрения, дрожания рук больному часто трудно соблюсти точность дозирования, особенно числа капель. Кроме того, отсутствие четкого контроля за плотностью упаковки может быть причиной нарушения герметичности, и, следовательно, изменения концентрации лекарственного вещества в связи с испарением, микробным загрязнением, разложением.

Итак, можно выделить ряд основных принципов лекарственной терапии в гериатрической практике:

- 1) опасность неблагоприятного воздействия на органы лекарственных средств у пожилых и старых людей значительно выше, чем у людей более молодого возраста;
- 2) в старости приспособление организма к токсическому воздействию лекарственных средств снижено;
- 3) недопустима множественная медикаментозная терапия - полипрагмазия; способ приема лекарственных средств должен быть возможно более простым;
- 4) важнейшим правилом является индивидуализация доз; рекомендуются уменьшенные дозы лекарственных средств, особенно в начале лечения;
- 5) лечение антибиотиками и антибактериальными химиопрепаратами следует проводить в обычных или несколько сниженных дозировках;
- 6) важно учитывать не только полноценность пищевого рациона, но и водный и солевой рацион больных, количество выделяемой мочи, т.к., в связи с частым недостаточным потреблением жидкости старыми людьми возможно развитие лекарственной интоксикации;
- 7) длительный прием многих лекарственных средств, в частности, успокаивающих, обезболивающих, снотворных, приводит к привыканию к ним и ведет к увеличению доз, что является причиной лекарственной интоксикации;
- 8) с целью предупреждения токсического воздействия и профилактики проявления побочных эффектов лекарственных средств, необходимо использовать витамины группы В;
- 9) лекарственная аллергия - нередкое осложнение у людей старших возрастных групп;
- 10) в связи с вышеперечисленным, целесообразно применение так называемых гериатрических средств - адаптогенов, способствующих повышению неспецифической сопротивляемости организма к широкому спектру воздействий физической, химической и биологической природы. Это - фармакологическая группа препаратов природного и искусственного происхождения, выпускаемых в различных лекарственных формах: препараты женьшеня, элеутерококка, мумий, пантов северного оленя, продуктов пчеловодства и др.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №5

Тема: Проблемы пациента в преклонном возрасте. Образ жизни и долголетие.

Цель: формирование у студентов представлений о проблемах пожилых людей, долголетию и здоровом образе жизни.

Вопросы для рассмотрения:

Оценка образа жизни пожилого человека на примере разбора конкретных ситуаций. Определение биологического возраста. Формирование суточного меню для человека преклонного возраста в соответствии с требованиями геродиететики. Составление комплекса гимнастических упражнений, разработка плана беседы о герокосметологии, вреде курения, алкоголизме в старости. Проведение беседы с пациентами о рациональном питании и двигательной активности в старости, о значении сна и способах его регуляции, стрессе и его последствиях, о возможностях борьбы со стрессом в преклонном возрасте. Проведение беседы о личной гигиене и гигиене жилища, формировании безопасного быта. Профилактика пролежней, утретний туалет. Влажная уборка и проветривание.

Основные понятия темы:

Наиболее масштабное медико-социальное исследование роли сестринского персонала в удовлетворении потребности пожилых проведено ВОЗ в странах Европейского региона (в том числе в СССР) с 1978-го по 1980 г. Отчет о его результатах «Пожилые в одиннадцати странах», опубликованный Региональным бюро ВОЗ в 1987 г., дает общее представление о потребностях и проблемах пожилых, характере медико-социальной помощи, в которой они нуждаются, о работниках, предоставляющих эту помощь.

Наибольший дискомфорт у лиц старших возрастов вызывают нарушения двигательной функции/подвижности(44%), сна и отдыха(35,9%), пищеварения, (33,7%), кровообращения (32,4%), дыхания (30,6%), стула(28,4%), мочеиспускания (24,3%), терморегуляции(19,4%), зрения(14,3%), слуха (7,2%), эмоционального состояния (25,5%), психических функций (21,2%).

Часто проблема нарушения двигательных функций у пожилых людей связана с заболеваниями нижних конечностей (артриты, артрозы, тромбозы), заболеваниями позвоночника, последствиями перенесенных инсультов. При полной неподвижности одной из серьезных проблем является развитие пролежней.

Развитие запоров нередко становится проблемой для пожилого и старого человека, особенно вынужденного соблюдать постельный режим. Часто это связано с незнанием вопросов правильного питания (необходимости употребления пищи, лишенной балласта, — овощей, фруктов, хлеба грубого помола и др.); недостатком движения, дефицитом потребления жидкости, приемом лекарственных средств.

Развитие недержания кала ошибочно воспринимается как неизбежное проявление старости. При правильном диагнозе и соответствующем лечении в подавляющем большинстве случаев это тягостное для пациента явление может быть резко уменьшено или даже устранено.

Причины недержания кала разнообразны, Чаще всего это применение слабительных средств, прокит, выпадение прямой кишки, рак прямой кишки, ишемический колит. Недержание кала может быть следствием нарушения неврогенного контроля за дефекацией.

Недержание мочи может быть следствием воспаления мочевого пузыря, наличием камней в нем, заболеванием простаты, у женщин — поражением уретры, цистцеле и др. Наиболее часто недержание мочи в гериатрической практике наблюдается у дебильных или дементных пациентов, при таких заболеваниях ЦНС, как инсульт, опухоль мозга, диссеминированный склероз, болезнь Альцгеймера и др.

Одной из довольно частых проблем пожилых людей является падение. Причины различны: это снижение зрения и слуха, недостаточные координация движений и способность сохранить равновесие, слабость мышц ног, головокружение. Возрастные изменения в костной ткани (остеопороз) являются причиной легко возникающих «старческих» переломов.

Медицинская сестра гериатрического стационара и поликлиники должна уметь выявить проблемы пациента и наметить план сестринских вмешательств.

Сегодня, вероятно, нет человека, который бы не слышал и не знал, что для сохранения и укрепления здоровья, для профилактики болезней надо соблюдать определенные принципы, характеризующие здоровый образ жизни. Каждому необходимо полноценно питаться, быть физически активным, соблюдать душевный покой, избегать вредных привычек. Эти рекомендации особенно необходимы для людей пожилого возраста. Факторами риска для людей нежизненного возраста являются малоподвижный образ жизни, неправильное, нерациональное питание, избыточный вес, вредные привычки.

Для сохранения здоровья и предупреждения преждевременного старения недостаточно пассивно ожидать, что природа подарит вам благополучную «осень жизни». Человек сам должен совершить для этого конкретные действия, проявить активность.

Большое значение в продлении жизни имеет диета. Для питания долгожителей характерны невысокая калорийность, низкое потребление простых сахаров, высокое содержание в рационе растительных продуктов, содержащих витамины, ферменты, антиоксиданты и минеральные вещества.

Питание в старости должно отвечать следующим принципам:

1. Энергетическая сбалансированность питания соответственно фактическим энергозатратам.
2. Антисклеротическая направленность пищевого рациона.
3. Максимальное разнообразие питания и сбалансированность его по основным незаменимым пищевым веществам.
4. Оптимальное обеспечение рационов питания веществами, стимулирующими активность ферментных систем организма.
5. Использование в питании пищевых продуктов и блюд, легко доступных действию ферментов.

С возрастом уменьшается физическая активность, поэтому необходимо несколько снизить энергетическую ценность рациона, ограничив потребление сахара, варенья, мучных изделий. Чтобы принцип умеренности в еде было легче осуществлять на практике, необходимо соблюдать режим питания — есть 4-5 раз в день, но понемногу.

В питании здоровых пожилых и старых людей отсутствуют запрещенные продукты, но разумное ограничение их целесообразно.

Рацион питания пожилых людей должен препятствовать прогрессированию атеросклероза. Надо уменьшить потребление животных жиров, богатых насыщенными жирными кислотами, заменяя их растительными маслами.

Большую долю в питании пожилых людей должны занимать овощи, фрукты и ягоды, которые стимулируют секрецию пищеварительных соков и способствуют лучшему усвоению белков и жиров. В них содержится значительное количество клетчатки и пектинов, крайне важных для нормального пищеварения и функционирования кишечника. Они способствуют выведению холестерина из организма, снижают чувство голода и необходимы для синтеза некоторых витаминов в кишечнике.

В питании пожилых и старых людей, особенно склонных к полноте, надо исключить или ограничить потребление изделий из муки и круп высших сортов. Предпочтение нужно отдавать ржаному и пшеничному «серому» хлебу. Ограничению в рационе пожилых людей подлежит поваренная соль, но пища должна быть богата солями калия. Солей калия много в картофеле, капусте, баклажанах, кабачках, тыкве, абрикосах, землянике и очень много в сушеных плодах (курага, изюм, чернослив, шиповник).

Строгая вегетарианская диета неприемлема с точки зрения рационального питания. Людям пожилого возраста необходимо ограничивать прием мясных продуктов из-за содержания значительного количества твердых жиров и холестерина. А вот присутствие молочных продуктов в питании пожилых людей должно быть ежедневным. Особенно полезны кисломолочные продукты.

Питание пожилых людей должно быть полноценным, с достаточным количеством белков, жиров и углеводов. Соотношение белков, жиров и углеводов для лиц пожилого возраста должно составлять 1:0.8:3.5. Люди пожилого возраста должны следить за своим весом, потому что ожирение является фактором риска для таких заболеваний, как атеросклероз, ЦБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

ожилый человек должен вести достаточно подвижный образ жизни. Сегодня точно установлено, что гиподинамия — один из факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, ожирения, опорно-двигательного аппарата и других «болезней цивилизации».

Двигательная активность является важнейшим фактором в борьбе со стрессом. Под влиянием активного двигательного режима у пожилых и старых людей значительно улучшается самочувствие, умственная и физическая работоспособность, уравновешивается нервно-психическое состояние, координация движений, укрепляется костная ткань, снижается жировая масса. Физические упражнения способствуют улучшению кровообращения, облегчают работу сердца, снабжают ткани кислородом.

Физические упражнения необходимы пожилым людям под контролем врача-специалиста. При этом нельзя спешить с наращиванием физических нагрузок, их необходимо увеличивать постепенно до оптимального уровня.

Для пожилого и старческого возраста доступным, безопасным и эффективным средством повышения двигательной активности является дозированная оздоровительная ходьба.

Жизнедеятельность организма подчиняется определенным хронобиологическим ритмам. Пожилой человек, желающий сохранить здоровье, обязан отводить особую роль режиму сна, питания, полезной трудовой деятельности (работа по дому, на даче).

Сон — это естественный процесс восстановления сил, обработки накопившейся за день информации, а не просто пассивное состояние. Перед сном не рекомендуется возбуждать нервную систему пожилых людей просмотром остросюжетных телепередач или прочтением подобных книг. Чем ближе ко сну, тем более спокойными должны быть поведение и мысли человека. Продолжительность сна пожилого человека должна быть не менее 7-8 часов для мужчин и 8-9 часов для женщин.

Лучший сон считается в период с 22 до 24 часов, поскольку в это время активно идут восстановительные процессы. Многие лица пожилого и старческого возраста спят в дневное время после обеда. Если это способствует хорошему самочувствию, не нарушает ночного сна, то это оправданно.

Следует рекомендовать пожилым и старым людям обязательно посильный умственный труд, однако не приводящий к утомлению.

Внешний вид чрезвычайно важен для сохранения уверенности в себе, хорошего настроения. С возрастом пожилые люди иногда перестают следить за собой, имеют довольно неопрятный вид. Медсестра, а также члены семьи или социальные работники должны помогать пожилым людям, если они не могут себя обслужить, проводить гигиенические мероприятия. С возрастом кожа становится суше, шелушится, поэтому гигиенические ванны или душ с применением мыла рекомендуется 2-3 раза в неделю. Необходимо применение кремов для лица и рук. Особое внимание необходимо уделять уходу за ногами, так как появляющийся мозоль, трещины на ногах ухудшают передвижение.

Нет сомнения в том, что старческие изменения внешнего облика, и в первую очередь лица и шеи, отрицательно влияют на психо-эмоциональную сферу человека и часто, особенно у женщин, являются одним из факторов, приводящих к снижению трудоспособности. Применение косметики в пожилом возрасте также необходимо, но во всем должна быть мера.

Хорошо расчесанные и красиво уложенные волосы вызывают у пожилой женщины душевный подъем. После бритья мужчина чувствует себя более бодрым и уверенным.

Сохранение психического здоровья невозможно без предоставления пожилому человеку достаточной информации, особенно в тех случаях, когда он привык быть в курсе современных событий. Следует помнить, что дефицит постоянной тренировки умственных способностей так же пагубен, как длительное отсутствие или даже резкое снижение двигательной активности. Не следует забывать, что жизнь не теряет привлекательности, пока сохраняется способность познавать и поддерживать отношения с обществом, даже если человек одинок. Связь с семьей, друзьями — важнейший стимул для сохранения желания жить и быть здоровым.

Над пожилыми людьми довлеет убеждение, что коль они вышли из фертильного (детородного) возраста, то об интимных отношениях необходимо забыть. У каждого человека под влиянием воспитания, образа жизни, культурных и семейных традиций его среды, генетических, гормональных и нервных качеств складываются свои, только ему присущие представления о характере и нормах сексуального поведения. Так же индивидуальны сроки начала и окончания половой жизни. Более того, физиологические потенции вторичны по отношению к эмоциональной окрашенности сексуальных переживаний, которые больше зависят от взаимоотношений партнеров, их способности к сопереживанию, коммуникативности, привязанности друг к другу, стремления доставить радость и удовлетворение другому, а не только получить их самому.

Врачи утверждают, что нормальный, регулярный секс снимает напряжение, расслабляет тело и душу, позволяет гормональной системе освободиться от накопившейся скованности и смягчает негативные последствия чрезмерного притока адреналина. Люди со здоровой половой жизнью живут дольше, так как существует прямая зависимость между эмоциональным благополучием, сильной иммунной системой и здоровым сердцем. Секс может быть одним из лучших способов снятия напряжения, приобретения чувства уверенности в себе, в своем здоровье и гашения нежелательных стрессов. Конечно, при этом нельзя переходить пределы разумной нагрузки, учитывая как собственный возраст, так и возраст партнера. Даже отличные лекарственные средства при передозировке приводят к печальным последствиям.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

Занятие №6

Тема: Медико-социальные и психологические аспекты смерти

Цель: формирование у студентов представлений о различных аспектах смерти.

Вопросы для рассмотрения:

Дискуссионное обсуждение вопросов, касающихся смерти, этапов умирания, констатации смерти, эмоциональных этапов горевания. Оказание психологической поддержки родных и близких умирающего человека. Правила констатации смерти. Клиническая и биологическая смерть. Уход за телом умершего. Обсуждение правил общения с пережившими утрату. Стадии траура. Обсуждение проблем эвтаназии в России и за рубежом.

Основные понятия темы:

Понятие «смерть»

Смерть - прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого - его гибель; в более широком смысле - необратимое прекращение обмена веществ в живой субстанции, сопровождающееся разложением белковых тел. В зависимости от причин, обуславливающих наступление смерти,

у высших животных и у человека различают:

- 1) физиологическую смерть, или естественную, наступающую в результате физиологического (естественного) старения;
- 2) патологическую смерть, или преждевременную, вызываемую болезненными состояниями организма, поражением жизненно важных

органов.

Танатология - это наука, изучающая механизмы процесса умирания и возникающие при этом клинические, биохимические и морфологические изменения в организме. Причины и механизмы смертельного исхода в каждом конкретном случае именуется танатогенезом. Состояние, пограничное между жизнью и смертью, называется *терминальным*. Оно включает 3 стадии.

2. Стадии умирания

1). *Предагональное состояние*

Сознание пациента еще сохранено, но оно спутано, артериальное давление постепенно снижается, пульс резко учащается и становится нитевидным, дыхание учащается или урежается, кожные покровы бледнеют. Предагональное состояние при многих хронических заболеваниях может продолжаться в течение нескольких часов и заканчивается развитием терминальной паузы (кратковременное прекращение дыхания- апноэ), продолжающейся от 5—10 сек. до 3—4 мин. и сменяющейся агональным состоянием.

2). *Агония* (от греч. - борьба)

Характеризуется кратковременной активизацией механизмов, направленных на поддержание процессов жизнедеятельности. Вначале, за счет растормаживания подкорковых центров, отмечается некоторое повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, иногда даже восстановление сознания (непродолжительное, на несколько минут). Вслед за этим кажущимся улучшением состояния резко падает артериальное давление (до 10—20 мм рт. ст.), сердечные сокращения урежаются (до 20-40 в 1 мин.), дыхание становится неравномерным, поверхностным, с редкими, короткими дыхательными движениями - гастринг и, наконец, совсем прекращается, сознание угасает. Происходят непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Зрачки расширяются, исчезает роговичный рефлекс. Наблюдаются общие тонические судороги, температура тела снижается на 1-2°. Продолжительность агонального периода у пациентов, умирающих от хронических заболеваний, может быть несколько часов, после чего развивается клиническая смерть.

3). *Клиническая смерть*

Продолжительность этой стадии 5-6 мин. Это обратимый этап умирания, при котором исчезают внешние проявления жизнедеятельности организма, однако не происходит еще необратимых изменений в органах и тканях. В этот короткий промежуток времени еще возможно восстановление жизненно важных функций с помощью реанимационных мероприятий.

Признаки клинической смерти:

- отсутствие пульса на сонной артерии;
- артериальное давление равно нулю;
- отсутствие дыхания;
- отсутствие реакции зрачков на свет (зрачки не сужаются);
- отсутствие сознания.

Вслед за периодом клинической смерти развиваются необратимые изменения, характерные для биологической смерти, при которой восстановления функций различных органов достичь не удается. *Признаки биологической смерти:*

- помутнение роговицы, размягчение глазного яблока;
- снижение температуры тела до температуры окружающей среды;
- трупные пятна;
- трупное окоченение.

Констатация биологической смерти производится врачом лечебного отделения стационара (если больной скончался в больнице), врачом поликлиники и врачом или фельдшером скорой помощи (в тех случаях, когда пациент умер дома), а также судебно-медицинским экспертом (при осмотре трупа на месте его обнаружения), по совокупности признаков биологической смерти.

Стадии горевания

1-я стадия. Отрицание, психологический шок, особенно, если эта потеря внезапна, может перейти в психические припадки и истерику. Шок приводит к реакции отрицания («Этого не может быть!»), иногда отрицание приводит к желанию изоляции от окружающих. Чисто рассудочно человек может понимать истинное положение вещей, но на уровне эмоций он его попросту не приемлет.

2-я стадия. Обостренная реакция злости, гнева, ярости. Злость может быть направлена на семью или обслуживающий персонал. Если раньше еще была надежда, то на втором этапе ее сменяет отчетливое понимание происходящего. Он спрашивает себя: «Почему именно мне это выпало?». Он страдает от этой мысли.

3-я стадия. Сделка (торговля) – выторговывание жизни. Сделка с небом, с судьбой, с жизнью, с высшими силами. Человек обращается к Богу со своими просьбами, мольбами, он обещает ему что-то сделать, если он даст ему возможность дожить до определенной даты или исцелить его самого или его близкого.

4-я стадия. Депрессия, человек испытывает растерянность и отчаяние. Человек поглощен осознанием своих поступков, накопившейся за всю жизнь вины. В этот период человек часто плачет, отчужден, теряет интерес к окружающему. В этом периоде возможны суицидальные попытки.

5-я стадия. Принятие, полное смирение. Человек желает лишь отдохнуть, уснуть. Принятие потери может рассматриваться как наиболее положительная реакция, поскольку она сопровождается большим желанием сделать все возможное, чтобы смягчить боль утраты.

Понятие об эвтаназии

Этаназия – намеренное ускорение смерти неизлечимого больного по его просьбе или из милосердия.

Виды эвтаназии:

- *активная* – применение каких-либо лекарственных препаратов или действие медработников;
- *пассивная* – прекращение мероприятий, направленных на борьбу за жизнь пациента;
- *добровольная* – по настоятельной просьбе терминального больного;
- *принудительная* – причинение смерти больному вне его воли, по предписанию другого человека, который несет ответственность за принятие решения.

Средства обучения:

- дидактические: таблицы, схемы, плакаты, тест-контроль, входной контроль, документы диспансеризации, ситуационные задачи, больные, амбулаторные карты, методические разработки, материал для реферативных сообщений и алгоритмов.
- материально-технические (мультимедийный проектор, компьютер).

1.2. МДК.01.02 ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ

В структуре данного МДК рассматриваются следующие темы:

- Профилактическая медицина
- Концепция охраны здоровья
- Сестринские технологии в профилактической медицине
- Здоровье и образ жизни
- Профилактика нарушений здоровья
- Гигиеническое воспитание населения. Школы здоровья

Тема: «Профилактическая медицина»

Цель занятия: знать теоретические основы укрепления здоровья и профилактики нарушений состояний здоровья;
дать определение профилактики;
знать виды, формы профилактики и уровни воздействия;
знать организацию обучения населения, способы и цели обучения, приемы и методы, содержание обучения;
знать методики проведения занятий с пациентом и его семьей: опрос, беседа, интервьюирование, ролевая игра, групповая, мозговой штурм.

Вопросы к занятию:

1. Теоретические основы укрепления здоровья и профилактики нарушений состояний здоровья.
2. Профилактика: понятие, виды, формы и уровни воздействия.
3. Организация обучения населения, способы и цели обучения, приемы и методы, содержание обучения.
4. Методики проведения занятий с пациентом и его семьей: опрос, беседа, интервьюирование, ролевая игра, групповая, мозговой штурм.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец)

Внимательно прочитайте задачу, выполните задания.

Мужчина 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Предъявляет жалобы на кашель, больше по утрам.

Периодически отмечаются подъем температуры и выделение гнойной мокроты. Пять лет назад в стационаре поставлен диагноз – хронический бронхит.

К советам медиков бросить курить не прислушался. Курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки прогоняют соседи.

Женат, имеет сына 2 лет. У ребенка наблюдаются приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче.

Задания: 1. Какие факторы риска у пациента и его сына? 2. Составьте памятку для пациента «О вреде табакокурения».

Тема: «Концепция охраны и укрепления здоровья»

Цель занятия: дать определение понятий «здоровье», «образ жизни», «валеология»;

знать критерии здоровья, факторы, влияющие на здоровье;

знать государственную политику в области охраны и укрепления здоровья;

знать нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность;

знать концепцию сохранения здоровья здоровых;

знать национальные проекты.

Вопросы к занятию:

1. Определение понятий «здоровье», «образ жизни», «валеология».
2. Критерии здоровья. Факторы, влияющие на здоровье.
3. Государственная политика в области охраны и укрепления здоровья.
4. Нормативные документы, регламентирующие профилактическую деятельность.
5. Концепция сохранения здоровья здоровых. Цели и задачи концепции. Национальные проекты.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец)

Мария Ивановна, женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитие.

Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д. Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Больной себя не считает.

Задания:

Выявите факторы риска, имеющиеся у Марии Ивановны.

Определите ИМТ и объясните его значение.

Тема: «Сестринские технологии в профилактической медицине»

Цель занятия: дать определение медицинской профилактики;

знать определение и сущность диспансеризации населения;

знать факторы риска социально-значимых хронических неинфекционных заболеваний;

знать методы диагностики (скрининг методики) заболеваний;

знать направления сестринской деятельности по профилактике заболеваний;

знать принципы рационального и диетического питания;

знать роль сестринского персонала при работе «школ здоровья».

Вопросы к занятию:

Современные подходы к профилактике заболеваний.

Сбор информации, анализ и учет факторов риска здоровью и факторов, определяющих здоровье.

Методы, технологии и средства укрепления здоровья населения и профилактики его нарушений.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец)

Ильяс 18 лет. Он живет в г. Махачкала в Республике Дагестан. С девяти лет у него приступы удушья. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма.

Фактором, провоцирующим приступы удушья, лечащий врач считает частые простудные заболевания у Ильяса и его приверженность к чипсам, газированным сладким напиткам. Приступы у Ильяса на фоне лечения стали реже, но полностью не прошли. Ильяс прошел обучение в астма – школе в поликлинике по месту жительства.

Когда Ильяс был в гостях у бабушки в селе Куруш – самом высокогорном селе Дагестана, он чувствовал себя очень хорошо, приступов удушья не было, он питался продуктами только собственного хозяйства бабушки, часто гулял.

Задание: Как избежать воздействия на организм пациента лекарственных аллергенов? Почему Ильяс чувствовал себя лучше у бабушки?

Тема: «Здоровье и образ жизни»

Цель занятия: знать факторы, влияющие на здоровье;

знать направления сестринской деятельности по сохранению здоровья;

уметь обучать население принципам здорового образа жизни;

уметь проводить и осуществлять профилактические мероприятия;

иметь практический опыт проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода (проведение бесед, составление памяток, папок-передвижек, выпуск санитарных бюллетеней).

Вопросы к занятию:

1. Валеология – наука о здоровье. История развития профилактических мероприятий в дисциплине валеология. Философия здоровья. Образ жизни, основные составляющие.
2. Современные информационные технологии, организационные формы и методы работы по формированию здорового образа жизни.
3. Факторы, способствующие сохранению здоровья: гигиена труда и отдыха, рациональное питание, оптимальный двигательный режим, закаливание, здоровая сексуальность, личная гигиена, планирование семьи, гигиена окружающей среды. Параметры здоровья.
4. Факторы, пагубно влияющие на здоровье. Вредные привычки (злоупотребление спиртными напитками, наркотическими и другими психотропными средствами, курение табака, избыточное употребление пищи, гиподинамия, некоторые этнические и религиозные обряды, обычаи, экология и др.). Профилактика курения, алкоголизма, наркомании.
5. Здоровье как показатель эффективности медико-профилактической деятельности, как право, источник и неотъемлемая часть существования человека. Заболевания, обусловленные образом жизни человека.
6. Топографические и климатические условия здоровья. Продолжительность жизни в различных климатических условиях проживания. Стадии естественного старения в различных климатических условиях. Методы защиты от топографических и климатических условий, которые воздействуют на организм.
7. Приоритетные направления в профилактике заболеваний. Закаливание организма. Основные виды и формы закаливания. Активное и пассивное закаливание. Местное и общее закаливание. Основные правила закаливания.
8. Движение и здоровье. Влияние движения на здоровье, его действие на различные органы и системы. Виды физических упражнений. Принципы тренировок. Гиподинамия. Формы оценки тренировок. Самоконтроль тренировок.
9. Методы дыхательных гимнастик (статическая, динамическая). Роль полноценного дыхания как часть системы естественного оздоровления. Изучение методик и проведение традиционных дыхательных гимнастик. Специальные дыхательные гимнастики (по Бутейко, по Стрельниковой).
10. Рациональное питание. Влияние питания на здоровье. Правила и требования к рациональному питанию. Виды и правила лечебного голодания. Очищение организма. Механизмы развития ожирения, гипертонии. Профилактика дистрофии, ожирения, атеросклероза, гипертонии.
11. Психическая саморегуляция. Механизмы психологической защиты. Методы саморегуляции. Влияние стресса на организм. Основы аутогенной тренировки. Способы расслабления. Профилактика стресса. Сон и его влияние на организм.
12. Самомассаж как средство профилактики. Основы гигиенического самомассажа. Показания и противопоказания к самомассажу. Основные приемы и порядок выполнения процедуры. Самомассаж как метод профилактики болезней. Иппликатор Кузнецова.
13. Биоритмы окружающей среды и биоритмы человека. Основы биоритмологии и хрономедицины. Хронотипы человека: «совы» и «жаворонки». Понятие о десинхронозах. Биоритмы: физический, эмоциональный и интеллектуальный. Критические часы органов человека. Влияние магнитных бурь на организм человека.
14. Роль медицинских работников в формировании здорового образа жизни населения. Консультирование населения по вопросам здорового питания, двигательной активности, профилактики вредных привычек. Принципы, современные технологии медицинских физкультурно-оздоровительных мероприятий в разные возрастные периоды жизни. Физкультурно-оздоровительные мероприятия.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец):

Петр Иванович, мужчина, 40 лет. Работает вахтёром в общежитие. Страдает ожирением, при массе тела = 120 кг его рост 165 см. Он очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и так далее. Двигается мало. Живёт П.И. на первом этаже, работает рядом с домом. После работы идёт в магазин, и весь день смотрит боевики по телевизору, лёжа на диване. И что-нибудь кушает и выпивает при этом. Родители умерли. С женой в разводе, детей нет, живет один. Работа, еда и телевизор – вся его жизнь. Большим себя не считает.

Задания:

1. Выявите факторы риска, имеющиеся у Петра Ивановича.
2. Составьте памятку о ЗОЖ (здоровом образе жизни) для Петра Ивановича.

Тема: «Профилактика нарушений здоровья»

Цель занятия: знать профилактику онкозаболеваний, болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной системы; знать профилактику нарушений репродуктивного здоровья; знать профилактику нарушений психического здоровья; знать профилактику инфекционных болезней; знать профилактику стоматологических заболеваний в течение жизни человека.

Вопросы к занятию:

Профилактика онкозаболеваний, болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной системы.
Профилактика нарушений репродуктивного здоровья.
Профилактика нарушений психического здоровья.
Профилактика инфекционных болезней.
Профилактика стоматологических заболеваний в течение жизни человека.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец)

Мать Петра Ивановича и его сестра страдают бронхиальной астмой, дед умер от туберкулеза легких.

П.И., мужчина, 35 лет, женат, детей нет, работает на хлебозаводе пекарем, до этого работал лесником. Курит с двадцати лет по 15-20 сигарет в день. В выходные дни любит смотреть все телепередачи подряд, при этом, охотно кушает и выпивает крепкую наливку, которую делает его любимая жена. Последние дни стал замечать, что при работе с мукой, у него стало “закладывать” в груди.

Задание:

Составьте индивидуальный план профилактики болезней органов дыхания для Петра Ивановича

Тема: «Гигиеническое воспитание населения. Школы здоровья»

Цель занятия:

знать значение, цели, задачи, основные принципы гигиенического обучения и воспитания населения на современном этапе; знать основные направления, методы и формы гигиенического обучения и воспитания населения; знать про обучение работе в школах здоровья для лиц с факторами риска; знать про обучение работе в школах здоровья для пациентов.

Вопросы к занятию:

Гигиеническое обучение и воспитание населения. Значение, цели, задачи, основные принципы.
Методы проведения гигиенического обучения и воспитания населения (устный, печатный, наглядный).
Профилактика заболеваний в Центрах здоровья – новая необходимая деятельность лечебно-профилактических учреждений. Обучение в школах здоровья для пациентов как перспективная интегрированная технология профилактической и лечебной помощи.
Школы здоровья для пациентов: с артериальной гипертонией, с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, школы для беременных и школы материнства и др. Участие сестринского персонала в работе школ здоровья. Программы обучения в «школах здоровья» для пациентов из группы риска, для пациентов целевых групп. Эффективность работы школ здоровья.

Задания для практического выполнения:

Ситуационная задача (образец)

Вы на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальными гипертензиями. Среди обучающихся, пациентка Мария Ивановна, 50 лет, кондитер. Замужем, имеет троих детей. Муж страдает хроническим алкоголизмом. Во время диспансерного осмотра три года назад, у нее было выявлено повышенное артериальное давление до 170/100 мм ртутного столба. На приеме у терапевта – 150/100. Было проведено амбулаторное обследование. Диагноз – гипертоническая болезнь. У ее бабушки и отца была артериальная гипертензия. В школе обучается впервые, диету не соблюдает, принимает медикаменты, назначенные врачом, нерегулярно. Очень устает на работе, частые стрессы из-за скандалов с мужем и детьми, любит поесть на ночь, так же очень любит жирную и соленую пищу. Выходные проводит дома, любит подольше поспать, а потом посмотреть часами телевизор, сидя в кресле.

Рост - 173, вес - 93 кг. Холестерин – 8,3 ммоль, сахар в крови – 4,4 ммоль.

Задание: Дайте пациентке рекомендации по самоконтролю и вторичной профилактике при артериальной гипертензии.

1.3. МДК 01.03. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Модуль 1

1. Первичная медико-санитарная помощь. Правовые основы оказания первичной медико-санитарной помощи

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Первичная медико-санитарная помощь: организация, правовые основы.

Цель самостоятельной работы;

овладение знанием об организации первичной медико-санитарной помощи

1. Вопросы для фронтального опроса по теме:

1. Что входит в понятие ПМСП?

2. Какие учреждения оказывают первичную медико-санитарную помощь?

3. Какова роль поликлиники в амбулаторно-поликлинической помощи?

4. Чем отличается поликлиника от амбулатории?

5. Назовите виды амбулаторно-поликлинической помощи

6. **Принципы оказания первичной медико-санитарной помощи**

7. Дайте определение первичной медико-санитарной помощи и определите ее место в системе оказания медицинской помощи населению.

8. Перечислите и объясните основные принципы и задачи первичной медико-санитарной помощи.

9. Назовите учреждения, реализующие задачи первичной медико-санитарной помощи.

10. Какие предпосылки обусловили необходимость реорганизации первичной медицинской помощи в нашей стране?

2. Учебный материал

План:

Медицинская помощь, определение понятия.

Виды медицинской помощи: первая помощь, первая доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная.

Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.

Первичная медицинская помощь: «первичная медицинская помощь», «первичная медико-санитарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь».

1. Медицинская помощь, определение понятия.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий направленных на поддержание и (или) восстановления здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

(Федеральный закон Р.Ф. от 21 ноября 2011г. №323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.»).

2. Виды медицинской помощи: первая помощь, первая доврачебная, первая врачебная, квалифицированная, специализированная.

Первая медицинская помощь осуществляется людьми, не обязательно имеющими специальное медицинское образование. Уровень первой медицинской помощи не предполагает использования каких-либо специальных медицинских инструментов, лекарств или оборудования.

Первая доврачебная помощь оказывается лицами, имеющими специальную подготовку по оказанию медицинской помощи. Это средний медицинский персонал (фельдшер, медицинская сестра) или провизор, фармацевт. Это их уровень знаний и умений.

Первая врачебная помощь оказывается врачом, имеющим необходимые инструментальный, лекарственные средства, и объем такой помощи регламентируется условиями ее оказания, т.е. где она оказывается - вне больничных условий или в поликлинике, машине "скорой помощи", в приемном отделении больницы.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами высокой квалификации в условиях многопрофильных больниц или травматологических пунктов;

Специализированная медицинская помощь может быть оказана на самом высоком уровне в условиях специализированных клиник, институтов и академий.

Условия оказания медицинской помощи

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

Вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формы оказания медицинской помощи

Формами оказания медицинской помощи являются:

Экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

Неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

Плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Виды, формы и условия оказания медицинской помощи (Таб.1).

Виды медицинской помощи

Формы оказания медицинской помощи

Условия оказания медицинской помощи

Первичная медико-санитарная помощь
Плановая и неотложная
Амбулаторно и в дневном стационаре
Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
Не установлены
Стационарно и в дневном стационаре
Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
Экстренная или неотложная вне медицинской организации
Амбулаторно и стационарно
Паллиативная медицинская помощь
Не установлены
Амбулаторно и стационарно

3. Правовые основы оказания первичной медицинской помощи в Российской Федерации.

Правовые основы оказания ПМСП устанавливаются:

Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.» (далее закон об охране здоровья) и

Положение об организации оказания ПМСП взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012г.

№543н.

Вопросы оказания ПМСП гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг, урегулированы приказом Минздравсоцразвития Р.Ф. от 22.11.2004 г. №255.

4. Первичная медицинская помощь: «первичная медицинская помощь», «первичная медико-санитарная помощь», «амбулаторно-поликлиническая помощь».

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

(В 1978 году в Алма-Ате прошла международная конференция, ПМСП в которой участвовало 138 стран. Инициатором конференции были ВОЗ и ряд других международных организаций.

Конференция решила, что важнейшим направлением для этого в здравоохранение должно стать развитие ПМСП, потому что от него зависит здоровье населения).

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи

Организация оказания ПМСП осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность. В основе организации ее оказания лежит территориально-участковый принцип, предусматривающий формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации. В целях обеспечения указанного права допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

Условия оказания первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь предполагает ее оказание в следующих условиях:

1. Амбулаторно, в том числе:

- В медицинской организации, оказывающей данный вид медицинской помощи, или ее подразделении;

По месту жительства (пребывания) пациента - при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение), при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

- По месту выезда мобильной медицинской бригады, в том числе для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий;

2. В условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Формы оказания первичной медико-санитарной помощи

- Формами оказания ПМСП являются плановая и неотложная формы.

- В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций может организовываться отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи.

- Данная практика уже существует в некоторых регионах, целью создания таких отделений является необходимость разгрузить службы скорой медицинской помощи.

Подвиды первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь делится на:

Первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

Первичную врачебную медико-санитарную помощь;

Первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь организуется в соответствии с потребностями населения в ее оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа госгарантий) оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

По направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

В случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 статьи 21 ФЗ № 323, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

Организация первичной медицинской помощи по участковому принципу.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;

- терапевтический (в том числе цеховой);

- врача общей практики (семейного врача);

- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);

- акушерский;
- приписной.

Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;
- врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом (в том числе цеховом) участке;
- врачом общей практики (семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью

медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);
- на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения

6. Учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь.

Типы учреждений, оказывающие ПМСП:

I. внебольничную помощь:

1. ФАП, сельские врачебные амбулатории; городские врачебные амбулатории;
2. территориальные поликлиники (в городах);
3. станции и подстанции скорой медицинской помощи;
4. другие типы учреждений: медико-социальные центры для обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, поликлинические реабилитационные центры (одно- и многопрофильные), медико-генетические консультации, консультации "Брак и семья", центры психического здоровья и др.

II. больничную помощь.

Система больничной ПМСП, в т.ч. социальной, должна включать:

- участковые, районные, городские общепрофильные больницы;
- стационарные реабилитационные центры;
- больницы для хронических больных;
- дома сестринского ухода;
- пансионаты.

Участковый принцип сохраняется, однако, это не исключает свободный выбор врача. Пациенту предоставляется право выбора врача и учреждения.

3. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Конференция по ПМСП состоялась в:

- а) 1987г
- б) 1978 г

2. Цель ПМСП:

- а) Реабилитация
- б) Проведение фармакологических исследований.
- в) Оказание первичной помощи

3. В сельской местности ПМСП оказывают:

- а) ФАПы
- б) Медсанчасти
- в) Женские консультации

4. Задачи городской поликлиники:

- а) Проведение сложных хирургических операций
- б) Подбор лекарств пациентам
- в) Стационарное лечение тяжелобольных

5. Центры здоровья:

- а) Не проводят исследований
- б) Консультируют больных по диетам

6. № приказа Об утверждении порядка организации и оказания ПМСП:

- а) № 192
- б) № 916
- в) № 487

7. Поликлиника 1 категории обслуживает:

- а) До 250 посещений в смену
- б) 1200 посещений в смену

8. В лечебно-профилактическую часть поликлиники входят:

- а) ЦСО
- б) Регистратура
- в) Кабинет мед.статистики

9. Основное направление профилактической работы цеховых врачей:

- а) Вакцинация
- б) Профилактические осмотры

в) Оказание неотложной помощи при несчастных случаях на предприятии

10. План лечебно-оздоровительных мероприятий на предприятии включает:

- а) Лечение хронических заболеваний
- б) Диспансеризация
- в) Лечение острых заболеваний

11. Амбулаторная карта больных – форма:

- а) 025/У
- б) 031/У

12. В летний период больше вызовов врача на дом из-за:

- а) Острых заболеваний
- б) Хронических заболеваний

13. Дневной стационар :

- а) Для больных, не требующих постоянного наблюдения
 - б) Оказание помощи на дому.
14. Комплекс мероприятий , направленных на поддержание и восстановление здоровья- это.:
- а) Первая медицинская помощь
 - б) Первая врачебная помощь
 - в) Медицинская помощь
15. Одним из стационар замещающих учреждений организации медицинской помощи населению является:
- а) диагностический стационар;
 - б) поликлинический стационар;
 - в) дневной стационар;
 - г) поликлиника.
16. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) - это:
- а) зона первого контакта населения с социальными службами;
 - б) зона первого контакта населения со службами здравоохранения;
 - в) оказание населению первой медицинской помощи;
 - г) оказание населению специализированной медицинской помощи.
17. Самыми многочисленными учреждениями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), являются:
- а) амбулаторно-поликлинические учреждения;
 - б) больничные учреждения;
 - в) учреждения родовспоможения;
 - г) учреждения скорой и неотложной медицинской помощи.
18. Первичная медико-санитарная помощь не включает
- а) Амбулаторно – поликлиническую помощь
 - б) Скорую и неотложную помощь
 - в) Реабилитационную помощь
 - г) Стационарную помощь
19. Первичную медико-санитарную помощь оказывают
- а) стационары;
 - б) амбулаторно-поликлинические центры, офисы врача общей практики (семейного врача), женские консультации
 - в) госпитали
 - г) санатории-профилактории
20. Приоритетным направлением развития здравоохранения в России в настоящее время считается развитие:
- а) стационарной помощи;
 - б) реабилитационной помощи;
 - в) первичной медико-санитарной помощи;
 - г) первой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

4. Самостоятельная работа на занятии

1. Перечислите виды медицинской помощи: (ПК 1.1)

- а)
- б)
- в)
- г)
- д)

2. Перечислите формы оказания медицинской помощи: (ПК 1.1)

- а)
- б)
- в)

3. Верно ли утверждение: (ПК 1.1, ПК 1.2)

ПМСП включает в себя:

- а) Все виды амбулаторно – поликлинической помощи
- б) Службу скорой и неотложной помощи
- в) Родовспоможение
- г) Санитарно – противоэпидемические учреждения

- да
- нет

4. Закончите утверждение: (ПК 1.2)

Поликлиника – многопрофильное, специализированное лечебно – профилактическое учреждение, предназначенное -----

5. Вставьте пропущенное слово: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Первичная медико - санитарная помощь является наиболее важным ----- здравоохранения

6. Перечислите учреждения, оказывающие ПМСП в городе: (ПК 1.1, ПК 1.2)

- 1.
- 2.
- 3.

4. Врачебные и фельдшерские здравпункты

7. В задачи регистратуры входит: (ПК 1.1, ПК 1.2)

1. Организация предварительной и неотложной записи больных на прием к врачу.

2.

3. Подбор и доставка медицинской документации в кабинеты врачей

4.

8. Закончите утверждение: (ПК 1.2)

Поликлиника – многопрофильное, специализированное лечебно – профилактическое учреждение, предназначенное -----

5. Ситуационные задачи

Пожилому человеку, обратившемуся за медицинской помощью участковый терапевт предлагает организовать стационар на дому.

Родственники пациента просят объяснить принципы работы такого стационара.

Вы участковая медицинская сестра. На прием обратился больной 45 лет, бухгалтер. Беспокоит слабость, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. В анамнезе геморрой. Анализ крови: Нв-62 г/л, Эр-3.050.000; Л-4.200. Каковы советы медицинской сестры больной в отношении образа жизни, питания? Заполните бланк анализ крови, медицинскую амбулаторную карту.

Вы медицинская сестра кабинета доврачебного приема. При проведении медицинского осмотра у женщины 35 лет выявлены следующие данные: при росте 168 см, масса тела составляет 80 кг. Проведите антропометрию и определите индекс массы тела. Заполните медицинскую

амбулаторную карту.

2. Основные направления деятельности городской поликлиники

Тип занятия: Практическое занятие (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Основные направления деятельности городской поликлиники.

Формы текущего контроля

1. Вопросы для фронтального опроса по теме:

1. Какова роль поликлиники в амбулаторно-поликлинической помощи?
2. Чем отличается поликлиника от амбулатории?
3. Назовите виды амбулаторно-поликлинической помощи.
4. Назовите основные структурные подразделения городской поликлиники.
5. Что означает понятие «мощность» городской поликлиники?
6. Как организована работа регистратуры поликлиники?
7. Каковы основные разделы работы участкового врача-терапевта?
8. Назовите задачи и функции участковой медицинской сестры.
9. Перечислите функции врача общей практики (семейного врача)
10. Перечислите основные направления деятельности поликлиники

2. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Участковый врач не использует одну из форм медицинской документации:

- а) карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта стационарного больного

2. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения с целью профилактики и лечения заболеваний:

- а) диспансеризация
- б) профилактический осмотр
- в) углубленный профилактический осмотр
- г) антропометрия

3. Основными специалистами при организации и проведении диспансеризации являются все, кроме:

- а) врач участковый терапевт
- б) врач участковый педиатр
- в) врач общей практики
- г) участковая медицинская сестра

4. Основным документом взрослой поликлиники является карта амбулаторного больного:

- а) форма № 025/у
- б) форма № 086/у
- в) форма № 112/у
- г) форма № 063/у

5. Профилактические медицинские осмотры при поступлении на работу:

- а) обязательные предварительные
- б) обязательные периодические
- в) углубленные профилактические
- г) целевые профилактические

6. Предупреждение прогрессирования уже имеющихся заболеваний:

- а) профилактика
- б) первичная профилактика
- в) вторичная профилактика
- г) здоровье

7. Характеристиками качества сестринской деятельности являются:

- а) профессионализм, эффективность;
- б) доступность, удовлетворенность;
- в) результативность, коммуникабельность;
- г) все верно.

8. Стандарт сестринской деятельности в терапии — это:

- а) гарантированный объем и качество сестринских услуг при заболеваниях внутренних органов;
- б) требования к уходу за больными с учетом реальных возможностей медицинского учреждения;
- в) обеспечение необходимых мероприятий по уходу за больными

ми терапевтического профиля;

г) соотношение реальной сестринской помощи пациентам терапевтического отделения идеальной.

9. Талон амб. Пациента является формой учёта:

- а) первичной заболеваемости
- б) общей заболеваемости
- в) посещаемости
- г) участковости
- д) госпитализированной заболеваемости

10. Дневной стационар состоит из

- а. палаты
- б. процедурной
- в. малой операционной
- г. Комнаты медперсонала

11. В задачи оказания амбулаторно-поликлинической помощи входит:

- а) повышение качества медицинской помощи
- б) повышение качества деятельности медицинских учреждений
- в) интеграция профилактической и лечебной работы
- г) осуществление мероприятий по первичной профилактике
- д) осуществление мероприятий по вторичной профилактике
- е) все перечисленное верно

12. Укажите основные задачи кабинета доврачебного проема:

- а) регулирование потока посетителей поликлиники, заполнение медицинской

документации;

- б) решение вопроса о срочности направления к врачу;
- в) направление на диагностические исследования до приема врача, проведение антропометрии, измерение температуры тела, АД, глазного давления;
- г) разработка плана мероприятий по первичной и вторичной профилактике;
- д) участие в организации и проведении.

13. К задачам поликлиники относятся:

- а) стационарное лечение
- б) первичная медико-санитарная помощь
- в) санаторно-курортное лечение
- г) установление группы инвалидности

3. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Гражданин Н. 22.02. текущего года обратился в поликлинику городе К. по поводу болей в горле. Врач после осмотра и сбора анамнеза поставил диагноз «фолликулярная ангина». В этом же году пациент еще 2 раза — 30.05. и 15.07. — обращался по поводу гриппа и острого бронхита.

При последнем обращении 15.07. текущего года пациент пожаловался также на боли в поясничной области, по поводу которых он никогда прежде за медицинской помощью не обращался.

При сборе анамнеза врач выяснил, что боли в поясничной области беспокоят больного уже несколько лет. Врач поставил диагноз «обострение пояснично-крестцового радикулита», который подтвердил невролог.

22.12. этого же года больной вновь обратился по поводу обострения пояснично-крестцового радикулита к неврологу.

1. Какие из перечисленных случаев обращений в текущем году следует считать впервые в жизни выявленными, т.е. первичными? Оформите статистический талон.

Задача № 2.

Работница Д. обращалась в поликлинику № 1 города Н. по поводу ОРВИ 3 раза в течение текущего года: 2.03.; 28.06.; 13.09. Во время последнего визита к врачу больная пожаловалась на изжогу и боли в области желудка. При сборе анамнеза врач выяснил, что прежде больная никогда по этому поводу не обращалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз «обострение хронического гастрита». 22.11. и 30.12. текущего года больная обращалась в поликлинику в связи с обострением хронического гастрита.

1. Какие из перечисленных заболеваний следует считать впервые выявленными? Оформите Информированное согласие пациента

Задача № 3.

Рабочий Н. литейного цеха завода железобетонных изделий обращался в поликлинику медико-санитарной части (МСЧ) в предыдущем году по поводу гриппа — 4.04., по поводу ангины — 20.03., по поводу острого катара верхних дыхательных путей — 21.05. Во время последнего визита к врачу рабочий пожаловался на боли в поясничной области. При сборе анамнеза врач выяснил, что больному прежде по этому поводу никогда не обращался за медицинской помощью.

После проведенного обследования 26.10. больному был поставлен диагноз «обострение хронического пиелонефрита». 30.12. того же года больному вновь обратился в поликлинику МСЧ в связи с обострением хронического пиелонефрита.

В текущем году рабочий Н. обращался в поликлинику МСЧ с ОРВИ 2.02. и 15.03., а по поводу хронического пиелонефрита — 14.05. и 19.11.

1. Какие из перечисленных случаев заболеваний следует считать впервые в жизни выявленными?

2. Какие заболевания являются первичными?

Оформите Согласие на обработку персональных данных

3. Особенности организации ПМСП в детской поликлинике

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Особенности организации ПМСП в детской поликлинике

1. Вопросы для фронтального опроса по теме

1. Опишите принципы работы детской поликлиники.

2. Из чего складывается санитарно-просветительная работа на педиатрическом участке?

3. Перечислите медицинскую документацию, с которой приходится работать на педиатрическом участке.

4. Каковы основные задачи работы кабинета здорового ребенка?

5. В чем принципиальные отличия в организации работы детской поликлиники от поликлиники для взрослого населения?

6. Для чего организован фильтр в детской поликлинике? Каковы функциональные обязанности медицинской сестры работающей в фильтре.

7. Каков порядок работы и функции регистратуры в детской поликлинике?

8. Каково содержание и организация работы педиатрического отделения детской поликлиники?

9. Каковы функциональные обязанности участкового педиатра и участковой медицинской сестры?

10. В чем выражается преемственность в работе детской поликлиники, родильного дома, женской консультации, центра ГСЭН и др. учреждений?

11. Как осуществляется диспансеризация детского населения?

12. С какой частотой наблюдает педиатр здорового ребенка на участке? Каковы цели каждого из этих патронажей?

13. Что представляет собой комплексная оценка состояния здоровья детей?

14. Как проводится противоэпидемическая и санитарно-просветительная работа в детской поликлинике?

15. Какие существуют общие и специальные показатели деятельности детской поликлиники? Какова методика их вычисления и оценки?

2. Учебный материал

План:

Принципы работы детской поликлиники

Краткая характеристика некоторых подразделений детской поликлиники

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Принципы работы детской поликлиники

Район обслуживания детской поликлиники делится на участки. На каждом участке в среднем живет 800 детей в возрасте от рождения до 18 лет, из них детей первого года в среднем 45.

На каждом таком участке работает участковая бригада, состоящая из врача-педиатра и медицинской сестры.

Детская поликлиника работает в 2 смены с 8 часов утра и до 18 часов вечера. График работы врачей составляется таким образом, чтобы в течение недели у врача были приемы в разное время (утреннее, дневное, вечернее). Для удобства обеих сторон прием ведется по талонам, где указано время.

Продолжительность амбулаторного приема участковой бригады чаще всего составляет 3 часа в день. Остальное рабочее время врач и медсестра работают с детьми на дому, обслуживая больных детей или посещая здоровых. Активное посещение здорового ребенка на дому называется **патронаж**.

Для приема здоровых детей раннего возраста в поликлинике организуется отделение здорового ребенка или выделяются 1-2 дня в неделю,

когда вся поликлиника ведет прием только здоровых детей, так называемый «День малютки». Делается это для того, чтобы не подвергать малышей опасности заражения при контакте с больными детьми. Больные дети в этот день обслуживаются только на дому.

Если же организовано отделение здорового ребенка, малышей принимают по графику все дни недели.

Для работы с подростками (с 15 до 18 лет) организован прием подросткового врача.

Врачи - специалисты обычно принимают детей в поликлинике в течение 5-6 часов в день. По субботам организуются профосмотры.

В выходные и праздничные дни в поликлинике работают дежурные врачи, которые принимают детей в поликлинике и обслуживают вызовы на дом. В субботу также работают процедурный, физиотерапевтический кабинеты, лаборатория.

Краткая характеристика некоторых подразделений детской поликлиники

Фильтр с боксом.

Помещение для приема детей, подозрительных на инфекционное заболевание. Бокс должен иметь отдельный вход. После обследования ребенка помещение подвергается дезинфекции и проветриванию.

Регистратура.

Здесь хранятся истории развития детей (ф. № 112/у), которые раскладываются по участковому принципу. В регистратуре сосредоточена четкая информация о работе всей поликлиники (она может быть размещена на стендах). Регистраторы производят запись вызовов врачей на дом в книгах по участкам (ф. № 031/у), активов с неотложной помощи, к детям, выписанным из стационаров, дородовых патронажей и к новорожденным, выписанным из роддома.

Кабинет доврачебной помощи.

Кабинет для проведения манипуляций, не требующих врачебного вмешательства (с целью сокращения времени обслуживания детей). Это может быть антропометрия, контрольное кормление, оформление документов, термометрия и т.п.

3. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Основной принцип работы детской поликлиники является:

- а) лечебно-профилактический
- б) диспансерный
- в) территориально-участковый
- г) доступность

2. Основным документом детской поликлиники является история развития ребенка, форма №:

- а) форма № 025/у-4
- б) форма № 086/у
- в) форма № 112/у
- г) форма № 063/у

3. Сестринский профилактический патронаж к новорожденному включает:(ПК1.2.)

- а) осмотр ребенка
- б) оценку состояния матери
- в) оценку социальных условий
- г) выполнение назначений врача

4. Ребенка надо приучать чистить зубы:(ПК1.2.)

- а) с 2-х лет
- б) с момента прорезывания молочных зубов
- в) после выпадения молочных зубов
- г) ко времени поступления в детский сад

5. Законным представителем малолетнего ребенка является:(ПК1.2.)

- а) лечащий врач
- б) родители ребенка
- в) любой из родственников
- г) попечитель

6. Функциональные обязанности педиатрической медицинской сестры:(ПК1.1. ПК1.2. ПК1.3.)

- а) выполнять независимые сестринские вмешательства
- б) отменять неэффективное лечение
- в) заменять один препарат аналогичного действия другим
- г) заполнение амбулаторной карты

7. Назовите основную форму, которая ведется в детской поликлинике на каждого ребенка:(ПК1.1.)

- а) ф.30
- б) ф.26
- в) ф.112
- г) ф.6

8. Основой организации работы детской поликлиники является:(ПК1.1.)

- а) прививки
- б) санитарно-просветительная работа
- в) перепись детского населения
- г) пропаганда здорового образа жизни

9. Дети в детской поликлинике обслуживаются до:(ПК1.1.)

- а) 20 лет
- б) 18 лет
- в) 14 лет
- г) 16 лет

10. Дети первого года жизни должны посещать детскую поликлинику:(ПК1.1.)

- а) ежемесячно
- б) 2 раза в год
- в) 1 раз в квартал
- г) 1 раз в полгода

11. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка на 1-м году жизни проводится:(ПК1-1.1.)

- а) ежемесячно
- б) 1 раз в 6 месяцев
- в) раз в квартал
- г) 1 раз в год в эпикризе годовика

12. Новорожденного, выписанного из роддома участковая медсестра осматривает на:(ПК1.1.)

- а) 5 день
- б) 7 день
- в) 1-3 сутки

13. На 1-м патронаже новорожденного участковая медсестра собирает анамнез:(ПК1.1.)

- а) генеалогический

- б) биологический
- в) социальный

14. Назовите основную форму, которая ведется в детской поликлинике на каждого ребенка: (ПК1.1.)

- а) ф.30
- б) ф.26
- в) ф.112
- г) ф.6

15. Основные задачи кабинета здорового ребенка:

- а) пропаганда здорового образа жизни в семье
- б) обучение родителей правилам воспитания здорового ребенка
- в) санитарное просвещение родителей по гигиеническому воспитанию детей, профилактике заболеваний и отклонений в их развитии
- г) все перечисленное

16. Кабинет здорового ребенка оказывает следующие виды медицинской помощи:

- а) ведение приема врачом (фельдшером)
- б) обучение матерей комплексам массажа, гимнастики, закаливающих процедур
- в) разъяснение рекомендаций по вскармливанию
- г) все перечисленное

17. Рабочий график детской поликлиники предусматривает:

- а) профилактический день для приема детей, состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний
- б) профилактический день для осмотра здоровых детей раннего возраста
- в) дни приема реконвалесцентов острых заболеваний

18. К основным показателям работы участкового педиатра относятся:

- а) число детей, состоящих на диспансерном учете
- б) распределение детей по группам здоровья
- в) процент детей до 4 месяцев, находящихся на естественном вскармливании
- г) охват детей профилактическими прививками

д) жалобы населения е) все перечисленное

19. Задачи прививочного кабинета:

- а) проведение профилактических прививок в соответствии с календарем прививок, показаниями и противопоказаниями к их проведению, определяемые врачом – педиатром
- б) хранение и использование вакцин
- в) выявление поствакцинальных осложнений
- г) оказание неотложной помощи и информирование педиатра и заведующего отделением
- д) обеспечение и контроль вакцинации в образовательных учреждениях

20. Основные задачи служб инструментальной диагностики в детской поликлинике – раннее выявление нарушений здоровья у детей разного возраста и контроль за морфологическим и функциональным состоянием различных органов и систем в процессе динамического наблюдения и лечения

- а) да
- б) нет

4. Самостоятельная работа на занятии

Установите соответствие: (ПК1.1.)

Манипуляция:	Средства ухода за новорожденным
туалет пупочной ранки	Кипяченая вода
туалет кожных складок	Р-р перманганата калия
туалет глаз	Стерильное растительное масло

2. Назовите основные подразделения детской поликлиники: (ПК1.1.)

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

3. Назовите задачи и цели работы КЗР (кабинета здорового ребенка): (ПК1.1. ПК1.2. ПК1.3.)

- ...
- ...
- ...

4. Перечислите оснащение КЗР: (ПК1.1.)

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

5. Первичный патронаж к новорожденному – назовите цели: (ПК1.1. ПК1.2. ПК1.3.)

- ...
- ...
- ...

6. Назовите сроки проведения первичного патронажа к новорожденному: (ПК1.1.)

- 7 день жизни ребенка
- первые 3 дня после выписки из роддома
- 3 недели жизни ребенка

7. Назовите основные задачи деятельности детской поликлиники: (ПК1.1. ПК1.2. ПК1.3.)

- ...

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

5. Ситуационные задачи

1. На прием к педиатру пришла мама с ребенком 3 лет на медосмотр для оформления ребенка в детский сад. *Проведите ребенку необходимые измерения и дайте направления на анализы.*

2. На прием к педиатру пришла мама с ребенком 7 лет на медосмотр для оформления ребенка в школу. *Проведите ребенку необходимые измерения и дайте направления на анализы.*

3. Вы участковая медсестра детской поликлиники. Мама принесла годовалого ребенка на профилактический прием в поликлинику. Малыш находится на грудном вскармливании, получает питание по возрасту.

За что вы можете похвалить маму? Как долго рекомендуется сохранять грудное вскармливание?

4. Вы участковая медсестра детской поликлиники. На приеме кормящая женщина предъявляет жалобу на уменьшение количества молока. Ребенку исполнилось 4 месяца, он хорошо набирал вес. В возрасте 3 месяцев ему начали давать 3 раза в день молочную смесь, кормления грудью становились реже и менее продолжительные. *Почему у кормящей женщины уменьшилось количество молока? Какие рекомендации следует ей дать?*

5. Вы участковая медсестра детской поликлиники. Выполняется патронаж. Ребенку исполнилось 5 месяцев. Он находится на грудном вскармливании. Масса тела при рождении - 3000г. Ему только что начали вводить первый прикорм. *Составьте ребенку диету на один день.*

4.1 Профилактика инфекционных заболеваний в ПМСП

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика инфекционных заболеваний в ПМСП

1. Контрольные вопросы к исходному уровню знаний:

План противоэпидемических мероприятий.

Звенья эпид. процесса.

Воздействия на звенья эпид. процесса.

Что такое противоэпидемические мероприятия?

Противоэпидемические мероприятия в очаге менингококковой инфекции..

Противоэпидемические мероприятия в очаге ветряной оспы.

Противоэпидемические мероприятия в очаге кори.

Противоэпидемические мероприятия в очаге краснухи.

Противоэпидемические мероприятия в очаге эпидемического паротита.

Противоэпидемические мероприятия в очаге гриппа и ОРВИ

2. Учебный материал.

Противоэпидемические мероприятия (ПМ) — комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических и административных мер, осуществляемых в эпидемическом очаге с целью его локализации и ликвидации. ПМ проводят на основании результатов эпидемиологического обследования очага.

Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекций с аэрозольным механизмом передачи (менингококковая инфекция, корь, ветряная оспа, эпидемический паротит, грипп)

Менингококковая инфекция

Все больные на менингококковые назофарингиты и генерализованные формы инфекции подлежат госпитализации. Выписывание реконвалесцентов со стационара происходит после клинического выздоровления и отрицательного бактериологического исследования слизи из носоглотки, которое проводится не раньше 3 дней после окончания курса лечения. За лицами, которые перенесли генерализованные формы менингококковой инфекции, наблюдает невролог на протяжении 2 лет.

В очаге менингококковой инфекции проводится клинический надзор за контактными на протяжении 10 дней (осмотр рта - и носоглотки, кожных покровов, ежедневная термометрия, осмотроториноларингологом).

Бактериологическое обследование (исследуется слизь из рта - и носоглотки) проводится среди таких контингентов для выявления носителей менингококков в очаге: а) в детских дошкольных учреждениях – детей, которые общались с больными (дважды), и обслуживающий персонал учреждения (одновременно); б) в школах – учеников и преподавателей класса, в котором выявлен больной; в) в школах - интернатах - учеников и преподавателей класса, а также учеников, преподавателей и воспитателей, которые общались с больным в спальном помещении; г) в семьях, квартирах - всех лиц, которые общались с больным; д) в высших, средних учебных заведениях - преподавателей и студентов всего курса; на старших курсах - только тех, кто общался с больным в учебной группе и комнате общежития. При выявлении носителей или больных на назофарингит проводится их госпитализация для санации и лечение.

Лицам, которые общались с больным на генерализованную форму менингококковой инфекции, с профилактической целью вводят нормальный иммуноглобулин дозами: детям до 1 года - 1,5 мл; 2-7 лет - 3,0 мл.

Завершающая дезинфекция в очаге не проводится, это обусловлено низкой стойкостью возбудителя в окружающей среде. В помещениях проводят ежедневную влажную уборку, проветривание и облучение бактерицидными лампами.

С целью экстренной профилактики в очагах инфекции в первые 5 дней после выявления случая заболевания на генерализованную форму менингококковой инфекции проводится прививка менингококковой вакциной. Прививке подлежат лица, которые находились с больным в детском учреждении, семье, классе, квартире, общежитии, в дружеских отношениях.

Корь

Больного госпитализируют за клиническими или эпидемиологическими показаниями.

Изоляция длится до 4-го дня с момента появления высыпаний, а в осложненных случаях - до 10 дней.

Наблюдению на протяжении 17 дней (а при введении с профилактической целью иммуноглобулина - 21 день) подлежат лица, которые не болели корью. В очаге ежедневно проводят профилактический осмотр и термометрию, всех выявленных больных срочно изолируют. Отделяются от детских коллективов дети, которые не были привиты и не болели корью с 8 по 17 день после контакта (после введения иммуноглобулина с 8 по 21 день).

Учитывая низкую устойчивость возбудителя в окружающей среде, завершающая дезинфекция в очаге кори не проводится. В помещениях выполняют влажную уборку, проветривание и облучение бактерицидными лампами.

С целью экстренной профилактики проводят прививки коревой вакциной лицам, которые не болели корью и не были привиты. При наличии противопоказаний для вакцинации проводят пассивную иммунизацию контактных путем однократного введения иммуноглобулина в первые 5 дней после контакта с больным. Оптимальные дозы введения иммуноглобулина детям: с 3 мес. До 1 года - 3 мл, с 1 до 1,5 года - 1,5 мл. Постконтактное введение иммуноглобулина показано детям до 3 лет, беременным и лицам с проявлением иммунодефицита.

Краснуха

Госпитализация больного проводится за клиническими и эпидемиологическими показаниями. Больной подлежит изоляции до 5 дня с момента появления высыпаний, когда прекращается выделение возбудителя.

Наблюдения на протяжении 21-го дня за контактными проводится только в детских

учреждениях. Отделяются от коллектива (с 11 по 21 день после контакта) дети, которые не были привиты против краснухи и не болели. С целью экстренной специфической профилактики в очаге краснухи проводят вакцинацию в первые 3 дня от момента контакта лицам от 1 до 30 лет, которые болели краснухой и не были привиты. При наличии противопоказаний к вакцинации, а также беременным рекомендуется введение

иммуноглобулина. В особом наблюдении нуждаются беременные женщины, которые были в контакте с больным краснухой, что обусловлено тератогенным действием вируса. Беременных, которые находятся в I триместре беременности, обязательно изолируют от больного и проводят ежедневный осмотр, термометрию и серологическое обследование в динамике (первая проба - в первые 10 дней после контакта, вторая - через 2 недели после установления контакта). При нарастании титра антител или при заболевании рекомендуется прерывание беременности. Дети с врожденной краснухой подлежат диспансерному наблюдению.

Завершающая дезинфекция в очаге краснухи не проводится.

Вирусная паротитная болезнь

Госпитализируют больного при условиях тяжелого течения заболевания и по эпидемиологическими показаниями.

Изоляция больного дома осуществляется до 9 дня с начала болезни. Дети возрастом до 10 лет, которые имели контакт с больным, отделяются от коллектива с 11 по 21 день от момента контакта при условиях, что они не болели эпидемическим паротитом и не были привиты. На этот период за ними устанавливается медицинское наблюдение, при отсутствии противопоказаний проводят экстренную иммунизацию живой паротитной вакциной, но не позднее 3 дней от момента контакта. Вакцинация за экстренными показаниями проводится лицам возрастом от 1 до 30 лет. При наличии противопоказаний к вакцинации, а также беременным и детям до 1 года рекомендуется введение иммуноглобулина. Поскольку вирус выделяется со слюной, завершающей дезинфекции подлежат детские игрушки, посуда и т.п. В помещениях, где находится больной, проводят проветривание и влажную уборку.

Ветряная оспа

Госпитализация больного на ветряную оспу проводится по клиническими или эпидемиологическими показаниями. Больных изолируют до 5 дня с момента появления последнего элемента экзантемы.

Дети возрастом до 7 лет, которые имели контакт с больным, отделяются от коллектива с 11 по 21 день от момента контакта при условиях, что они не болели ветряной оспой. В это время проводят медицинское наблюдение, осмотр кожных покровов и термометрию. Больных на опоясывающий герпес необходимо изолировать от детей, которые не болели ветряной оспой, что обусловлено общим возбудителем этих болезней.

Завершающая дезинфекция в очаге инфекции не проводится, учитывая низкую устойчивость возбудителя в окружающей среде. Помещение, в котором находится больной, нуждается в проветривании и ежедневной влажной уборке.

Грипп и другие ОРВИ

Изоляцию больных чаще всего выполняют в домашних условиях, но при тяжелом течении или за эпидемиологическими показаниями проводят госпитализацию. В очаге инфекции выполняют текущую дезинфекцию – влажная уборка с использованием дезинфицирующих средств, облучение воздуха бактерицидными лампами, кипячение полотенец, постельного белья, платочков больного в 2% растворе соды. Лица, которые присматривают за больным, должны пользоваться масками из 4-6 шаров марли, меняя их каждые 3-4 ч. и применять интраназально 0,25% оксолиновую мазь.

Во время повышения заболеваемости гриппом запрещается проведение массовых мероприятий, особенно среди детских контингентов населения. Работники лечебных, торговых и детских учреждений должны носить марлевые маски.

Для экстренной профилактики гриппа применяют противовирусные химиопрепараты.

Лейкоцитарный интерферон используют преимущественно для экстренной профилактики гриппа в детских коллективах (по 5 капель в носовые хода 2-3 раза через сутки). Противогриппозный иммуноглобулин с целью экстренной профилактики вводят детям до 3 лет, беременным и лицам с иммуносупрессивным состоянием (2 инъекции с интервалом 2-3 недели). Также применяются индукторы эндогенного интерферона образования (амизон, амиксин, гропринозин), гомеопатические средства (афлубин, инфлюцид) и др.

3. Решите тестовые задания. Выберите все правильные ответы

1. Выберите инфекционные болезни, управляемые средствами вакцинопрофилактики:

- а) грипп;
- б) краснуха;
- в) корь;
- г) коклюш;
- д) дифтерия;
- е) скарлатина;
- е) ветряная оспа;
- ж) эпидемический паротит.

2. Возбудителем коревой инфекции есть...

- а) больной с легкой формой болезни;
- б) больной с клинически выраженной формой болезни;
- в) вирусоноситель.

3. Больной корью опасный для окружающих...

- а) за 4 дня к началу болезни;
- б) за 1 день к началу болезни;
- в) в продромальном периоде;
- г) с 5-го дня от начала сыпи;
- д) в период реконвалесценции.
- г) больной паракклюшем.

4. Источниками возбудителя менингококковой инфекции есть...

- а) больные с генерализованными формами;
- б) больные с назофарингитами;
- в) больные с ларингитами;
- г) носители менингококков.

5. Наиболее опасными как источник менингококковой инфекции для окружающих есть -

- а) больные с генерализованными формами менингококковой инфекции;
- б) больные с менингококковым назофарингитом;
- в) носители менингококков.

6. Госпитализацию больных на эпидемический паротит проводят...

- а) обязательно во всех случаях;
- б) за клиническими показаниями;
- в) за эпидемиологическими показаниями.

7. Пути передачи гриппа:

- а) воздушно-капельный;
- б) воздушно-пылевой;
- в) контактно-бытовой;
- г) пищевой.

8. В период эпидемии гриппа в поликлиниках и стационарах проводят...

- а) развертывание гриппозных отделений;
- б) поэтапное перепрофилирование стационаров;
- в) увеличение количества работающих врачей;
- г) выделение дополнительного автотранспорта;
- д) усиление противоэпидемического режима;

- е) все выше перечисленное.
9. Наблюдение за контактными в очаге скарлатины проводят...
- на протяжении 7 дней;
 - на протяжении 17 дней;
 - на протяжении 20 дней.
10. Профилактика инфекционных заболеваний предполагает:
- проведение мероприятий в отношении источника инфекции
 - проведение мероприятий в отношении механизма передачи
 - проведение мероприятий в отношении восприимчивого населения
 - проведение мероприятий в отношении всех трех звеньев эпидпроцесса
11. Прививки против гриппа проводят:
- при угрозе эпидемии гриппа
 - больным гриппом
 - переболевшим гриппом
 - выезжающим в неблагополучные по гриппу страны
12. К прививкам по эпидпоказаниям относят:
- прививки против кори
 - прививки против гриппа
 - прививки против краснухи
 - прививки против эпидпаротита
13. Экстренное сообщение о выявлении инфекционного заболевания посылает:
- врач, который заподозрил инфекционное заболевание
 - близкие родственники больного
 - врач-бактериолог после проведения бактериологического исследования
 - главная медсестра больницы
14. Количество холодильников в прививочном кабинете должно быть:
- один
 - два
 - три
 - ни одного
15. После перенесенного инфекционного заболевания формируется
- естественный приобретенный иммунитет (активный)
 - естественный пассивный иммунитет
 - искусственный пассивный иммунитет
 - инфекционный (нестерильный) иммунитет
16. После введения живой вакцины формируется
- естественный приобретенный иммунитет (активный)
 - естественный пассивный иммунитет
 - искусственный пассивный иммунитет
 - искусственный активный иммунитет
17. Живые вакцины состоят из
- штаммов с ослабленной вирулентностью
 - нежизнеспособных микробов
 - антигенных компонентов, извлеченных из микробной клетки
 - антител
18. К живым вакцинам относится
- вакцина против краснухи (Рудивакс)
 - антирабическая
 - коклюшная (как компонент АКДС и Тетракок)
19. БЦЖ является
- убитой вакциной
 - живой вакциной
 - рекомбинантной вакциной
 - ДНК-вакциной
20. Пассивная иммунизация это
- введение антител для получения иммунного ответа в виде антигенов
 - введение антител к каким либо антигенам
 - введение антигенов для получения иммунного ответа в виде антител

4. Самостоятельная работа на занятии

1. Соотнесите противоэпидемические мероприятия в очаге

Цель	Противоэпидемическое мероприятие
воздействие на источник инфекции	дезинфекция
воздействие на механизм передачи	этиотропное лечение
воздействие на контактных лиц	санитарная обработка

2. Заполните экстренное извещение об инфекционном заболевании к задаче № 1

3. Дайте указания больному по соблюдению санитарно-эпидемического режима в домашних условиях при гриппе.

5. Ситуационные задачи.

1. Ученику 15 лет поставлен диагноз корь, больной госпитализирован. В семье - брат 8 лет (привитый коревой вакциной), сестра 2 лет (не привитая за медицинскими показателями), посещает ясли. Родители переболели в детском возрасте. Ваши действия?

2. У 3-летнего ребенка диагностировано ветряную оспу. В семье родители ветряной оспой переболели; брат 6 лет, посещает детский садик, сестра 10 лет - ученица, ветряной оспой не болела. Ваши действия по отношению к контактным?

3. Больной с вашего участка госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: менингококковая инфекция. Какие противоэпидемические мероприятия в очаге должна провести участковая медицинская сестра?

4. Больной с Вашего участка госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на дифтерию. Какие противоэпидемические

мероприятия в очаге должна провести участковая медицинская сестра?

5. Заполните экстренное извещение об инфекционном заболевании к задаче № 1

4.2 Профилактика инфекционных заболеваний в ПМСП

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика инфекционных заболеваний в ПМСП. Национальный календарь прививок.

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Правила проведения прививок.
2. Техника проведения прививок.
3. Что такое национальный календарь прививок
4. Дайте сравнительную характеристику понятий «искусственный приобретенный иммунитет», «активный приобретенный иммунитет», «пассивный приобретенный иммунитет».
5. Перечислите виды вакцинных препаратов.
6. Охарактеризуйте вакцинный эффект, достоинства и недостатки, приведите примеры живых вакцин.
7. Охарактеризуйте вакцинный эффект, достоинства и недостатки, приведите примеры убитых (инактивированных) вакцин.
8. Охарактеризуйте вакцинный эффект, достоинства и недостатки, приведите примеры химических вакцин.
9. Охарактеризуйте вакцинный эффект, достоинства и недостатки, приведите примеры синтетических вакцин.
10. Охарактеризуйте требования к хранению вакцин, проверке возможности использования, утилизации.
11. Перечислите порядок действий медицинской сестры после проведения вакцинации.
12. Перечислите виды медицинской документации, в которые заносится информация о вакцинации, объем информации, которую нужно отразить в медицинской документации. 13. Охарактеризуйте основные способы и места введения вакцин.
14. Перечислите поствакцинальные осложнения
15. Перечислите основные права пациента в области вакцинации, возможные последствия при отказе.

2. Учебный материал.

Профилактика инфекционных заболеваний в ПМСП. Национальный календарь прививок.

План:

1. Правила проведения прививок
2. Условия проведения вакцинации
3. Техника проведения прививок

Правила проведения прививок.

Любая вакцинация проводится только в специализированном учреждении, аккредитованном для выполнения иммунизаций (прививочные кабинеты поликлиник, детских садов, школ, колледжей, училищ, здравпунктов, ФАПов).

В случае необходимости формируются специальные бригады, и процедуры проводятся на дому.

Профилактические вакцины ставят исключительно по назначению врача или фельдшера.

В прививочном кабинете в обязательном порядке имеется набор для оказания неотложной помощи.

Все вакцины должны храниться согласно правилам и инструкциям. В прививочном кабинете должна быть вся документация.

Нельзя проводить вакцинацию в процедурном или перевязочном кабинете.

Прививочный кабинет убирается дважды в день, с применением дезинфицирующих растворов.

Условия проведения вакцинации.

Вакцинация производится только в случае, если человек здоров. Перед вакцинацией должен осмотреть врач, обязательно должна быть измерена температура. Рекомендуется также сдать анализы крови и мочи и только после получения результатов принимать решение о вакцинации

За 2-3 дня до вакцинации по согласованию с врачом можно начать давать антигистаминные препараты с целью уменьшения возможной аллергической реакции на вакцину. Дети с аллергией перед вакцинацией не должны получать новых продуктов или продуктов, на которые у него есть аллергия.

После введения прививки рекомендуется оставаться в поликлинике в течение получаса на случай возникновения острой аллергической реакции на вакцину. Абсолютно безопасных вакцин не бывает, поэтому возможна местная или общая поствакцинальная реакция организма.

Местная реакция бывает в виде уплотнения тканей, красноты, иногда легкой болезненности в месте введения вакцины. Эти явления развиваются сразу после введения препарата и проходят в течение нескольких дней.

Общая реакция проявляется повышением температуры, кратковременной интоксикацией (ее симптомами являются недомогание, головная боль, нарушение сна, аппетита). По согласованию с врачом ребенку дается жаропонижающее. Если по каким-то причинам прививки не сделаны в сроки, указанные в календаре, их можно сделать позже.

Вакцинация в РФ осуществляется на добровольной основе.

3. Техника проведения прививок.

1. Ампула с вакцинным препаратом достается из холодильника и осматривается ее внешний вид. Необходимо зафиксировать целостность ампулы, маркировку на флаконе, а также качество жидкости внутри. Вакцинные препараты не должны содержать хлопьев, кусков, мути и т.д.

2. Ампулы вскрываются в стерильных перчатках на холоде.

3. Вакцина вводится исключительно одноразовым шприцом и иглой.

4. Если за один раз вводится несколько вакцин, необходимо каждый препарат вводить в разные места, и набирать прививку в отдельный шприц

5. Место укола протирают спиртом или иными антисептиками.

6. Место укола вакцины БЦЖ или пробы Манту обрабатывают эфиром.

7. Вакцина вводится пациенту в положении сидя или лежа.

8. После введения препарата пациент остается в течение получаса под наблюдением.

Отказ от прививок необходимо представить в письменной форме руководителю лечебно-профилактического учреждения или школы.

3. Тесты. Выберите все правильные ответы

1. Для неспецифической профилактики инфекционных заболеваний применяют: (ПК1.3.)

а) витамины

б) вакцины

г) массаж

д) гимнастику

2. Перед вакцинацией ребенку необходимо провести: (ПК1.3.)

а) скрининг-опрос

б) термометрию

в) измерение АД

г) осмотр врача

3. Для специфической профилактики инфекционных заболеваний применяют: (ПК1.3.)

- а) витамины
 - б) вакцины
 - в) сыворотки
 - г) антибиотики
4. Перед проведением профилактической прививки проводится:(ПК1.3.)
- а) медицинский осмотр, термометрия
 - б) медицинский осмотр, термометрия, проведение анализов мочи, крови
 - в) медицинский осмотр, термометрия, иммунологическое исследование
5. Факт отказа от прививки записывается:(ПК1.3.)
- а) медицинским работником
 - б) берут подписку от родителей
 - в) двумя медицинскими работниками
 - г) медицинским работником и родителем
6. Проведение проф. прививок запрещается перед поступлением в ДДУ:(ПК1.3.)
- а) в течение месяца перед поступлением
 - б) в течение 2-х недель перед поступлением
 - в) в течение 1-й недели перед поступлением
7. При проведении вакцинации БЦЖ родителей предупреждают о
- а) местной постпрививочной реакции
 - б) необходимости выделения индивидуальной кровати, постельного белья, горшка, полотенца
 - в) запретом прогулок в течение 10 дней.
 - г) запрета на прием пищи и питья в течение 1 ч после прививки
8. При проведении вакцинации против полиомиелита родителей предупреждают о
- а) о местной постпрививочной реакции
 - б. необходимости выделения индивидуальной кровати, постельного белья, горшка, полотенца
 - в. запретом прогулок в течение 10 дней.
 - г. запрета на прием пищи и питья в течение 1 ч после прививки
9. Сроки контроля прививочной реакции при введении ВЦЖ
- а. Через 1, 3,
 - б. 12 месяцев
 - в. Через 1-24 часа
 - г. Через 1 час и 1 мес.
10. Сроки контроля прививочной реакции при введении полиомиелитной вакцины
- а. Через 1, 3, 6, 12 мес. с регистрацией в прививочной форме
 - б. Через 1 час и 1 мес
 - в. Через 1 час, на 6 сутки, на 18 сутки
11. Местная реакция на БЦЖ развивается
- а. в течение 3 часов
 - б. в течение 3 дней
 - в. через 4-6 недель
 - г. не позднее 15 дня после вакцинации
12. Для постановки пробы Манту используется
- а. БЦЖ
 - б. иммуноглобулин
 - в. туберкулин М. А. Линникова - PPD-Л
 - г. лечебная сыворотка
13. Первая вакцинация против полиомиелита проводится
- а. в первые 12 часов
 - б. на 3 – 7 сутки
 - в. в 3 месяца
 - г. в 12 месяцев
14. Непривитые от полиомиелита дети не допускаются в организованный коллектив после проведения вакцинации в течение
- а. 10 дней
 - б. 2 недель
 - в. 30 дней
 - г. 60 дней
15. Вакцинация против гепатита В не проводится лицам
- а. с аллергией на куриный белок
 - б. с аллергией на пекарские дрожжи
 - в. с бронхиальной астмой
 - г. с аллергией на молочный белок
16. Хранение медицинских иммунобиологических препаратов в прививочном кабинете осуществляется при температуре
- а. -2 +2 С
 - б. +2 +8С
 - в. +2 - 8С
 - г. -2 - 8С
17. Реакции на живые вакцины (кроме аллергических немедленного типа в первые часы прививки) не могут появиться
- а. раньше 4 дня после вакцинации
 - б. раньше 4 недель после вакцинации
 - в. позднее 12 часов после вакцинации
 - г. позднее 24 часов после вакцинации
18. Вакцинация данным иммунобиологическим препаратом проводится
- а. в 3, 4,5 и 6 месяцев
 - б. в 0, 1 и 6 месяцев
 - в. в 12 месяцев
 - г. в 7 месяцев
19. Живую пероральную полиомиелитную вакцину
- а. закапывают в рот через 30 минут после еды
 - б. вводят внутримышечно
 - в. вводят строго внутривенно
 - г. закапывают в рот через 1 час после еды

20. Вакцинация данным препаратом проводится в

- а. в 12 месяцев
- б. в 3, 4, 5 и 6 месяцев
- в. на 3-7 день жизни
- г. в 6 лет

4. Самостоятельная работа на занятии

1. Соотнести прививку с возрастом граждан:

Прививка	Возраст
АКДС	24ч. жизни ребенка
БЦЖ	3 мес. жизни
Вакцина против гепатита В	3.1 год жизни
ЖКВ	3-5 день в роддоме

2. Соотнесите противоэпидемические мероприятия в очаге:

Соотнесите противоэпидемические мероприятия в очаге:

Ситуация	Мероприятия
воздействие на источник инфекции	дератизация
воздействие на механизм передачи	изоляция
воздействие на контактных лиц	санитарная обработка
выявление	лабораторное обследование

3. Соответствие вакцинации с методом введения

БЦЖ	в/м
АКДС	п/к
ЖКВ	в/к
ОПВ	peros

4. Запись о проведенной прививке сестра сделает: (ПК1.3.)

в прививочном журнале

- _____
- _____

5. Вакцинация – это

5. Ситуационные задачи

ВАРИАНТ № 1 Вы – медицинская сестра педиатрического участка. К врачу-педиатру обратилась мама с девочкой в возрасте 4 месяцев.

Ребенок привит по возрасту. 1. Составьте индивидуальный план иммунопрофилактики 2. Проведите беседу о подготовке к ближайшей вакцинации, возможных реакциях.

ВАРИАНТ № 2 Вы – медицинская сестра педиатрического участка. Находитесь на патронаже у новорожденного ребенка. Ребенок привит в родильном доме от туберкулеза, вирусного гепатита В. 1. Составьте индивидуальный план иммунопрофилактики 2. Проведите беседу о подготовке к ближайшей вакцинации, возможных реакциях. **ВАРИАНТ № 3** Вы – медицинская сестра педиатрического участка. К врачу-педиатру обратилась мама с девочкой в возрасте 2,5 месяцев. Ребенок привит по возрасту. Имеются аллергические проявления на новую смесь. 1. Составьте индивидуальный план иммунопрофилактики 2. Проведите беседу о подготовке к ближайшей вакцинации, возможных реакциях.

ВАРИАНТ № 4 Вы – медицинская сестра педиатрического участка. К врачу-педиатру обратилась мама с мальчиком в возрасте 5 месяцев. Ребенок привит по возрасту. 1. Составьте индивидуальный план иммунопрофилактики 2. Проведите беседу о подготовке к ближайшей вакцинации, возможных реакциях.

ВАРИАНТ № 5 Вы – медицинская сестра педиатрического участка. К врачу-педиатру обратилась мама с девочкой в возрасте 9 месяцев. Ребенок привит по возрасту. 1. Составьте индивидуальный план иммунопрофилактики 2. Проведите беседу о подготовке к ближайшей вакцинации, возможных реакциях.

5. Профилактика неинфекционных заболеваний. Организация Школ здоровья

Тип занятия: Практическое занятие (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика неинфекционных заболеваний. Организация Школ

здоровья

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Дайте определение термину «профилактика»
2. Что такое профилактические мероприятия
3. Охарактеризуйте, что относится к первичной профилактике
4. Охарактеризуйте, что относится к вторичной профилактике
5. Охарактеризуйте, что относится к третичной профилактике
6. Осмотр какими специалистами проводится при профилактических осмотрах
7. В чем заключается работа кабинета профилактики ЛПУ?
8. Какова цель обучения населения здоровому образу жизни?
9. В чем заключается качество медицинской профилактики?
10. Почему профилактическое направление развития здравоохранения стало приоритетным?

2. Решите тестовые задания. Выберите правильный ответ.

1. Скрининг направлен на:

- а) здоровых людей
- б) практически здоровых
- в) клинически бессимптомных

2. Массовый скрининг исследует

- а) лиц из определенной категории
- б) лиц из группы риска

3. Преимущества скрининга:

- а) ложно-положительный результат
- б) ранняя диагностика заболеваний

4. Принципы скрининга:

- а) выявление новых заболеваний в популяции

- б) заболевание должно протекать остро с яркой симптоматикой
- в) заболевание должно иметь скрытый период
- 5. Виды профосмотров:
 - а) Первичный
 - б) Для ранней диагностики социально значимых заболеваний
 - в) Для декретированного контингента
- 6. Цель скрининга:
 - а) Выявить заболевания
 - б) Выявить инвалидность
- 7. Селективный скрининг:
 - а) Обследуют лиц из определенной категории
 - б) Лиц из группы риска
- 8. Рекомендуемая численность пациентов на занятиях в Школе здоровья
 - а. 20-25 человек
 - б. 15-20 человек
 - в. 8-12 человек
 - г. менее 5 человек
- 9. Оптимальная продолжительность 1 занятия в Школе здоровья составляет
 - а. 20 минут
 - б. 1 час – 1,5 часа
 - в. 2 часа
 - г. определяется индивидуально
- 10. На пациента в Центре здоровья заполняется
 - а. статистический Талон амбулаторного пациента,
 - б. статистический талон пациента Центра здоровья,
 - в. сертификат об оказанных услугах
- 11. Карта здорового образа жизни» после заполнения
 - а. находится только в Центре здоровья,
 - б. может быть выдана на руки пациенту,
 - в. передается в профильную медицинскую организацию.
- 12. Процедуры биоимпедансометрия и анализ карбоксигемоглобина
 - а. входят в обязательный перечень обследований в Центре здоровья
 - б. входят в рекомендуемый перечень обследований в Центре здоровья
 - в. не входят в перечень обследований
- 13. Просветительская деятельность является для Центра здоровья
 - а. рекомендуемой
 - б. обязательной
 - в. не входит в сферу деятельности Центра здоровья
 - г. оказывается при оплате пациентом
- 14. Работа Центра здоровья ориентирована
 - а. на выявление факторов риска у здоровой части населения
 - б. на динамическое наблюдение за здоровьем пациентов с хроническими заболеваниями
 - в. на лечение хронических заболеваний
 - г. на оказание высокотехнологичной медицинской помощи
- 15. Композиция состава тела (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) определяется с помощью-
 - а. пульсометра
 - б. кардиовизора
 - в. биоимпедансметра
 - г. спирометра
- 16. Обследование в Центре здоровья включает в себя все, кроме
 - а. скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)
 - б. ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса
 - в. экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови
 - г. УЗИ органов брюшной полости
- 17. Оценка функции внешнего дыхания проводится с помощью
 - а. пульсометра
 - б. кардиовизора
 - в. биоимпедансметра
 - г. спирометра
- 18. Оценка функционального состояния сердца проводится с помощью
 - а. пульсометра
 - б. кардиовизора
 - в. биоимпедансметра
 - г. спирометра
- 19. Содержание углекислого газа в выдыхаемом воздухе и карбоксигемоглобина определяются при помощи
 - а. смонлайзера
 - б. кардиовизора
 - в. биоимпедансметра
 - г. спирометра
- 20. Биоимпедансометрия проводится в положении
 - а. лежа на кушетке
 - б. сидя
 - в. полусидя
 - г. стоя

4. Самостоятельная работа на занятии

- 1. Определите собственный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SKORE
 - 2. В отделение медицинской профилактики обратился мужчина 55 лет. Определите риск развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)
- Определите суммарный сердечно-сосудистый риск %

При обследовании

АД 160/110 мм рт.ст.

Рост 165 см
Вес 87 кг
Объем талии 110 см
Объем бедер 102 см
Общий холестерин 5,1 ммоль/л
Глюкоза 6,0 ммоль/л

Курит до 1 пачки сигарет в день. Пешком не ходит. Употребляет до 500г. фруктов и овощей в день. Старается покупать продукты с низким содержанием жира.

3. В отделение профилактики обратилась пациентка 65 лет.
Определите риск развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ)
Определите суммарный сердечно-сосудистый риск %

При обследовании

АД 140/90 мм рт.ст.
Рост 158 см
Вес 83 кг
Объем талии 106 см
Объем бедер 112 см
Холестерин 5,0 ммоль/л
Глюкоза 6,3 ммоль/л

Курит по ½ пачки сигарет в день. Ходит пешком до 15 минут в день медленным темпом из-за одышки. Употребляет до 200г. фруктов в сутки. Овощи не ест вообще. При покупке продуктов не смотрит на их состав. Имеет привычку досаливать пищу не пробуя.

4. Подготовьте рекомендации по коррекции выявленных факторов риска.

5. Определите какую обучающую Школу можно порекомендовать.

5. Ситуационные задачи

1. Пациентка В. 51 лет находился на амбулаторном лечении по поводу гриппа. Работает воспитателем в детском саду. Курит 1 пачку сигарет в день. Имеет пониженную массу тела. Определите мероприятия по первичной и вторичной профилактике.

2. Вы медицинская сестра профилактического кабинета и отвечаете за работу школы здоровья больных гипертонической болезнью.

Составьте план тематики занятий этой школы. Дайте рекомендации по питанию для профилактики гипертонической болезни.

3. Вы медицинская сестра профилактического кабинета и отвечаете за работу школы здоровья больных сахарным диабетом. Составьте план тематики занятий этой школы. Проведите занятие по теме: « Питание при сахарном диабете».

4. Вы медицинская сестра профилактического кабинета и отвечаете за работу школы здоровья больных бронхиальной астмой. Составьте план тематики занятий этой школы. Проведите занятие по теме: «Борьба с аллергенами».

5. Вы находитесь на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальной гипертензией. Среди обучающихся, пациентка: Н. 60 лет. Пенсионерка. Живёт с дочерью и двумя внуками, в семье часто бывают ссоры. Подрабатывает консьержкой в соседнем подъезде. Жизнь Н. полна стрессов. Страдает гипертонической болезнью с 49 лет, этим же заболеванием страдала её покойная мать. Малоактивна. Спать ложится поздно, так как любит смотреть телевизор, вследствие чего не высыпается. Питание не рациональное. Диету не соблюдает: очень любит жирные сорта мяса, сало, сдобу. Салаты заправляет майонезом. По утрам пьёт крепкий кофе. Не курит, алкоголь не употребляет. АД: 180/100 мм ртутного столба. По совету врача приобрела тонометр, но измеряет давление только когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведёт, забывает. Медикаменты принимает нерегулярно. Рост-165см. Масса тела - 110кг (индекс массы тела-31 при норме 18,5-24,9); холестерин общий 9,2ммоль/литр (норма 5,0); триглицериды-3,5 ммоль/литр (норма 2,0); сахар в крови натощак -5,5ммоль/литр (норма-3,3-5,5)

Рассчитайте индекс массы тела и расскажите пациентке о факторах риска при артериальной гипертензии (на примере ее заболевания).

Проведите профилактические мероприятия.

6. 1 Диспансеризация

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Диспансеризация

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Назовите официальный документ в соответствии, с которым проводят мероприятия диспансеризации.

2. Перечислите цели проведения диспансеризации взрослого населения.

3. Охарактеризуйте задачи деятельности медицинской сестры в процессе диспансеризации.

4. Укажите категории населения, подлежащие диспансеризации.

5. Перечислите мероприятия первого этапа диспансеризации.

6. Перечислите мероприятия второго этапа диспансеризации

7. Охарактеризуйте принципы подготовки пациента к мероприятиям первого этапа диспансеризации.

8. Охарактеризуйте принципы подготовки пациента к мероприятиям второго этапа диспансеризации.

9. Опишите диагностические критерии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

10. Охарактеризуйте принципы распределения населения по результатам диспансеризации на группы здоровья.

11. Охарактеризуйте порядок организации и проведения диспансерного наблюдения.

12. Перечислите критерии эффективности диспансеризации

Учебный материал.

Диспансеризация. Под диспансеризацией понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Диспансеризация предусматривает прежде всего сохранение здоровья у здоровых, активное выявление больных с ранними стадиями заболеваний и предупреждение случаев нетрудоспособности; конечной ее целью является сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности диспансеризуемого контингента. Этим определяется социально-гигиеническая сущность (значимость) диспансеризации.

В настоящее время существуют различные диспансеры (врачебно-физкультурные, кожно-венерологические, противотуберкулезные, наркологические, кардиологические, онкологические, психоневрологические и др.). Диспансеры и диспансерные отделения (кабинеты) проводят мероприятия по массовой профилактике, направленные на предупреждение заболеваний, ведут учет заболеваемости и смертности от патологии по своему профилю, а также осуществляют лечебные мероприятия, консультации больных и организационно-методическое руководство работой врачей общей сети по борьбе с соответствующими заболеваниями. В задачи диспансеров входят: проведение обучения врачей общего профиля по соответствующим специальностям; внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений современных методов профилактики, диагностики и лечения; пропаганда здорового образа жизни.

Приказом Минздрава РФ от 03.12.12 г. № 1 ООбн утверждён порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Данным порядком регулируются вопросы, связанные с проведением диспансеризации определенных групп взрослого населения в возрасте от 21 года до 99 лет, 1 раз в 3 года (за исключением инвалидов ВОВ, лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда»), признанных инвалидами по общему заболеванию, трудового увечья, которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста). Это связано с пиками заболеваемости в том или ином возрасте, которые научно доказаны. Пик заболеваемости различен как у мужчин и женщин, так и у разных возрастных групп.

По завершении ежегодной диспансеризации выделяются следующие 3 группы;
здоровые — лица, не предъявляющие жалоб, не имеющие хронических заболеваний
практически здоровые — лица, имеющие в анамнезе хроническое заболевание, которое не приводит к нарушению функций организма
больные с хроническими заболеваниями подразделяются в зависимости от стадии компенсации процесса: полная компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

ПЛАН
лечебно-профилактических мероприятий диспансерного
больного _____
диагноз _____
на _____ 200 ____ г.

2. Решите тестовые задания. Выберите правильный ответ.

1. Виды медицинских профилактических мероприятий:

- а. консультирование и медицинские осмотры;
- б. иммунизация и диспансеризация;
- в. все вышеперечисленное.

2. Виды профилактических медицинских осмотров:

- а) первичный, повторный, целевой;
- б) при приеме на работу, поступлении в учебное заведение, для раннего выявления заболеваний, осмотры профессиональных групп работников;

в) для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов.

3. Информационное обеспечение проведения программы диспансеризации на уровне поликлиники реализуется помощью:

- буклетов;
- листовок;
- стендов и плакатов;
- видеороликов о факторах риска, здоровом образе жизни;
- учебных видеофильмов;
- самообучения при помощи интернет-ресурсов;
- рекомендаций о прохождении диспансеризации;
- профилактических медицинских осмотров;
- индивидуальных бесед с медицинской сестрой;
- комплексного обследования в центре здоровья врачами-специалистами.

4. Целями диспансеризации населения является все, кроме:

- а) выявление лиц, имеющих факторы риска
- б) выявление заболеваний в ранних стадиях
- в) ежегодный медицинский осмотр с дообследованием
- г) стационарное лечение

5. 1 группа здоровья:

- а. Здоровые
- б. Больные с хроническими заболеваниями

7. «Д» учет 2 группы здоровья:

- а. Ежегодный профосмотр, улучшение условий труда, борьба за ЗОЖ
- б. Предупреждение рецидивов хронических заболеваний

8. Этапы диспансеризации:

- а. Ежедневный вызов на прием 1-2 человек
- б. Выявление и регистрация больных

9. Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих всебя предоставление медицинских услуг, это:

- а. медицинская помощь;
- б. медицинская услуга;
- в. медицинское вмешательство.

10. Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи, это:

- а) заболевание;
- б) состояние;
- в) патология.

11. К критериям общественного здоровья относятся:

- а) рождаемость, заболеваемость, смертность;
- б) прирост и убыль населения;
- в) повышение частоты производственного травматизма.

12. При диспансеризации выделяют:

- а. 4 диспансерные группы
- б. 3 диспансерные группы
- в. 6 диспансерных групп

4. Самостоятельная работа на занятии

1. Закончите определение: (ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3)

Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется медицинской ----- .

2. Профилактика бывает: (ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3)

- 1.
- 2.
- 3.

4. Медицинская профилактика по отношению к населению бывает: (ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3)

- 1.
- 2.
- 3.

5. Дополните утверждение: (ПК 1.1, ПК 1.2, ПК 1.3)

Активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных групп населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению условий их труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности — это

б. Медицинский осмотр - процедура массовых осмотров населения врачами с целью раннего выявления ----- , получения суждения о

состоянии здоровья

5. Ситуационные задачи

1. Пациент А., 33 года, состоит на «Д» учете с мая 2015 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка. Хронический холецистит. Хронический панкреатит. Последнее обострение в марте 2015 году, находился в стационаре, выписан с улучшением. Достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия (рубцевание язвы). Работает шофером на междугороднем автобусе. Курит с 20 лет по 1,5 пачки сигарет в день. Семья состоит из семи человек, в т.ч. трое взрослых.

Перечислите факторы риска заболевания и мероприятия по профилактике заболеваний желудочно - кишечного тракта.

2. Больной П., 15 лет, состоит на «Д» учете с мая 2016 г. с диагнозом вегето - сосудистая дистония. Хронический эрозивный гастрит, хронический дуоденит. Последнее обострение в марте 2015 году, находился в стационаре выписан с улучшением. Достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия. (эпителизация эрозий). В течении года проводилась противорецидивная терапия в отделении восстановительного лечения.

Определите мероприятия по профилактике заболеваний желудочно - кишечного тракта.

3. Вы участковая медицинская сестра. На прием пришел пациент 25 лет с диагнозом язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. При сестринском обследовании выявлено жалобы на острые боли в эпигастриальной области, возникающие через 3-4 часа после еды, нередко ночью, отрыжку кислым, изжогу, запоры, похудание. Аппетит сохранен. Из анамнеза выявлено, что больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с частыми нервными перенапряжениями, более 5 лет курит по 15 сигарет :в день. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии живота выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются. Определите группу здоровья.

4. Больной И., 18 лет, состоит на «Д» учете с мая 2016 г. с диагнозом ВСД по ваготоническому типу, перманентное течение. Хронический эрозивный гастрит, хронический дуоденит. Последнее обострение в марте 2014 году, находился в стационаре выписан с улучшением. Достигнута клиничко-эндоскопическая ремиссия (эпителизация эрозий). В течение года проводилась противорецидивная терапия в отделении восстановительного лечения. Определите группу здоровья.

5. Попов В. 47 лет выписан из стационара, где проходил лечение по поводу ГЛСП (геморрагическая лихорадка с почечным синдромом). Взят на диспансерный учет; врач определил кратность наблюдения и лабораторного минимума. Объем диспансерного наблюдения?

6.2 Диспансеризация

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Диспансеризация. Основные документы диспансерного учета.

1. Вопросы для фронтального опроса

Что представляет собой диспансерный метод и каково его значение?

Каковы цель и задачи диспансеризации населения?

На каких уровнях может проводиться диспансеризация населения?

Как организована диспансеризация взрослого населения?

На какие группы подразделяют лиц прошедших профилактические осмотры?

Как организована диспансеризация в условиях женской консультации?

В чем проявляются особенности диспансерного наблюдения за детьми?

Какие показатели используют для оценки качества и эффективности проведения диспансеризации?

2. Учебный материал.

План

1. Основные документы диспансерного учета

2. Учреждения, проводящие диспансеризацию

4. Контроль проведения диспансеризации

Основным учетным документом является «Карта учета диспансеризации» (форма № 131/у—86), в которую, помимо паспортных данных, включены сведения об определенной врачом группе диспансерного наблюдения, прохождении ежегодного диспансерного осмотра, проведении исследований по требуемому минимуму. В развернутом виде результаты осмотров, лабораторных и функциональных исследований, сведения о лечебно-оздоровительных мероприятиях вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (*Медицинская карта амбулаторного больного*) (форма № 025/у), историю развития ребенка (*История развития ребёнка*) (форма № 112/у). На лиц, страдающих хроническими заболеваниями, реконвалесцентов после перенесенных острых заболеваний, относящихся, как правило, к группам наблюдения Д-II и Д-III, заполняется контрольная *карта диспансерного наблюдения* (форма № 03Д/у).

Главная роль в проведении Д. населения принадлежит амбулаторно-поликлиническим учреждениям, однако в ней участвуют и многие другие учреждения. Центры специализированной медпомощи и диспансеры (кардиологические, эндокринологические, онкологические и др.) осуществляют дообследование пациентов, проводят лечение, а в ряде случаев и последующее наблюдение больных и реконвалесцентов (см. Диспансер). Значительно расширяются возможности ранней диагностики заболеваний и выявления отклонений в состоянии здоровья пациентов по мере организации диагностических центров (Диагностический центр). Высококвалифицированную лечебно-консультативную и методическую помощь в условиях проведения Д. оказывают поликлиники (поликлинические отделения) вузов и НИИ медицинской профили. Эти учреждения формируют выездные бригады для диспансерных осмотров и консультативной работы в сельской местности, на предприятиях промышленности, строительства, транспорта и связи (см. Подвижные средства и комплексы медицинского назначения). Роль больничных учреждений не сводится только к лечению вновь выявленных больных и состоящих под диспансерным наблюдением, в них можно организовать диспансерные осмотры пациентов в период нахождения их в стационаре. С целью исключения дублирования исследований их результаты заносят в выписку из медицинской карты стационарного больного, которую передают в амбулаторно-поликлиническое учреждение. Диспансерные больные и лица, имеющие факторы риска развития заболеваний, должны в первую очередь обеспечиваться путевками в санатории профилактории (Санаторий-профилакторий) предприятий, санатории и дома отдыха профсоюзных и ведомств.

Решение задачи обеспечения всеобщей Д. населения требует внедрения современной электронно-вычислительной техники. С этой целью специалистами Латвийской ССР разработана и внедрена комплексная автоматизированная система медосмотров населения (КАСМОН), предназначенная для массового доврачебного обследования с использованием стандартного набора инструментально-лабораторных методов, обработкой результатов на микро-ЭВМ типа «Искра», организацией регистра и банка данных о здоровье населения. КАСМОН рассчитана на обследование 15 тыс. человек в год при работе в одну смену группой в составе одного врача и 9 средних медработников. Завершена разработка автоматизированной системы медицинских профилактических осмотров населения (АСПОН), включающая блок автоматизированных медицинских приборов и автоматов с микропроцессорами, сопряженными с мини-ЭВМ или сетью микро-ЭВМ. Эта система помогает врачу планировать, учитывать и контролировать Д., создавать программы оздоровления. Разработан и внедрен ряд других «АСУ диспансеризация».

3. Решите тестовые задания. Выберите правильный ответ

1. Диспансеризация-это:

- а) санаторно-курортное лечение
- б) реабилитация пациента
- в) динамическое наблюдение за здоровьем пациента
- г) самоконтроль за состоянием пациента

2. Целью диспансеризации является:

- а) воспитание человека

- б) сохранение здоровья
 - в) снижение смертности
 - г) снижение инвалидности
3. Найдите соответствие степени участия учреждений уровню диспансеризации:
- 1) областные и республиканские больницы а) 1 уровень
 - 2) амбулаторно-поликлинические учреждения б) 2 уровень
 - 3) специализированные диспансеры, стационары больниц в) 3 уровень
4. По состоянию здоровья пациенты делятся на группы диспансеризации:
- а) одну
 - б) две
 - в) три
 - г) четыре
5. Основной медицинский документ, отражающий динамику диспансерного наблюдения - это:
- а) справка о здоровье
 - б) лист временной нетрудоспособности
 - в) амбулаторная карта
 - г) статистический талон
6. Укажите показатели эффективности диспансеризации:
- а) снижение частоты рецидивов
 - б) снижение заболеваемости среди диспансерных
 - в) снижение рождаемости
 - г) снижение трудоспособности
7. Назовите показатели качества диспансеризации:
- а) высокий процент выявления запущенных форм рака
 - б) регулярность диспансерного наблюдения
 - в) полнота обследования диспансерных больных
 - г) активность посещений диспансерных пациентов
8. Основные задачи диспансеризации - это:
- а) обучение пациентов
 - б) выявление причин заболеваний и устранение их
 - в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий
 - г) снятие с диспансерного учета
9. По результатам дополнительной диспансеризации здоровые люди составляли:
- а) 10,8%
 - б) 21,6%
 - в) 42,35
 - г) 61,3%
10. В первую группу диспансерного учета входят:
- а) здоровые;
 - б) здоровые и лица с пограничными состояниями;
 - в) практически здоровые;
 - г) все перечисленное верно.
11. Субкомпенсация - это:
- а) состояние полного возмещения функций
 - б) состояние частичного возмещения функций
 - в) состояние полного физического комфорта
 - г) нарушение жизнедеятельности организма
12. Медосмотры делятся на: (Выбрать два ответа)
- а) периодические
 - б) предварительные
 - в) кардиологические
 - г) медосмотры хронических заболеваний
13. Во вторую группу медосмотров входят:
- а) дети дошкольного возраста
 - б) дети школьного возраста
 - в) декретированная группа
 - г) работники с профессиональными вредностями
14. Маммография после 40 лет проводится женщинам:
- а) ежегодно
 - б) по показаниям
 - в) не проводится
 - г) 1 раз в два года
15. Обязательные исследования при диспансеризации пациентов:
- а) лабораторные, инструментальные, функциональные;
 - б) биохимические, инструментальные, иммунологические;
 - в) функциональные, рентгенологические, инструментальные;
 - г) ЭКГ, спирография, рентгеноскопия.
16. Декомпенсация - это:
- а) состояние полного возмещения функций
 - б) состояния частичного возмещения функций
 - в) нарушение деятельности органа, системы органов или всего организма вследствие истощения
 - г) состояние полного физического комфорта
17. В первую группу медосмотра относят:
- а) дети дошкольного возраста
 - б) дети школьного возраста
 - в) декретированная группа
 - г) работники с профессиональными вредностями
18. Как часто должен проводиться периодический медосмотр:
- а) после рабочей смены
 - б) при поступлении на работу, учебу
 - в) ежегодно

г) один раз в два года

19. Основной задачей диспансеризации является:

- а) определение состояния здоровья пациента
- б) активное проведение физиотерапии, массажа, гимнастики
- в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий каждому пациенту
- г) своевременное выявление инфекционных заболеваний

20. Во вторую группу диспансерного учета включаются:

- а) лица, у которых в анамнезе не отмечено хронических заболеваний
- б) лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания не имеющие обострений 3—5 лет
- в) лица, имеющие в анамнезе острые или хронические заболевания, не имеющие обострений в течение одного года
- г) все перечисленное верно

4. Самостоятельная работа на занятии

1. По годовому отчету лечебно-профилактического учреждения вычислите показатели диспансеризации, используя для этого учебно-методическое пособие «Методика расчета показателей деятельности учреждений здравоохранения и здоровья населения» (Ставрополь, 2006). Проанализируйте полученные данные и сделайте заключение об организации и качестве диспансеризации в лечебно-профилактическом учреждении.

2. Составьте план диспансерного наблюдения за практически здоровым новорожденным ребенком (6 дней жизни), впервые поступившим под наблюдение детской поликлиники 1 сентября 2006 года, а также план наблюдения за ребенком первого года жизни из группы социального риска.

5. Ситуационные задачи

1. Вы – медицинская сестра терапевтического участка. Используя маршрутную карту, определите объем первого этапа диспансеризации для мужчины 48 лет. Подготовьте индивидуализированную памятку по подготовке к исследованиям.

2. Вы – медицинская сестра терапевтического участка. Используя маршрутную карту, определите объем второго этапа диспансеризации для мужчины 51 года. На первом этапе выявлены следующие факты: положительный анализ кала на скрытую кровь и наследственность по онкологии ж.к.т. Подготовьте индивидуализированную памятку по подготовке к исследованиям.

3. Вы – медицинская сестра терапевтического участка. Используя маршрутную карту, определите объем второго этапа диспансеризации для женщины 48 лет. На первом этапе выявлены следующие факты: в анализах повышение глюкозы и холестерина в крови, ИМТ 32. Подготовьте индивидуализированную памятку по подготовке к исследованиям.

4. Определите к какой группе здоровья относится ребенок. Дайте рекомендации по оздоровлению. При врачебном осмотре Иванова Д., 9 лет с участием специалистов хронических заболеваний и морфофункциональных отклонений не выявлено. Физическое и психическое развитие соответствует возрасту, гармоничное. За год, предшествующий обследованию перенес ОРВИ, ветряную оспу, краснуху.

Модуль 2

Направления деятельности сестринского персонала в условиях первичной медико-санитарной помощи

1. Основные направления деятельности участковой медицинской сестры

Тип занятия: Практическое занятие (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Основные направления деятельности участковой медицинской сестры

1. Вопросы для фронтального опроса

- 1. основные принципы работы поликлиники
- 2. Организация работы поликлиники
- 3. Основные функции регистратуры
- 4. Участковый принцип работы
- 5. Численность населения на участках
- 6. Основные функции участковой медицинской сестры
- 7. Функции кабинета доврачебного приема
- 8. Статистическая работа мед. сестры
- 9. Документация мед. сестры на участке
- 10. Основные формы документов учета на терапевтическом участке

2. Решите тестовые задания. Выберите правильный ответ

1. Верно ли утверждение: (ПК 1.1, ПК 1.3)

Содержание труда медицинских сестер складывается из следующих разделов:

- а. подготовительная работа
- б. лечебно – диагностическая работа
- в. оформление медицинской документации
- Да
- Нет

2. Характеристиками качества сестринской деятельности являются:

- а) профессионализм, эффективность;
- б) доступность, удовлетворенность;
- в) результативность, коммуникабельность;
- г) все верно.

3. Стандарт сестринской деятельности в терапии — это:

- а) гарантированный объем и качество сестринских услуг при заболеваниях внутренних органов;
- б) требования к уходу за больными с учетом реальных возможностей медицинского учреждения;
- в) обеспечение необходимых мероприятий по уходу за больными

терапевтического профиля;

г) соотношение реальной сестринской помощи пациентам терапевтического отделения идеальной.

4. К наиболее часто встречающимся дефектам качества сестринской

деятельности относятся:

- а) несвоевременное и нечеткое выполнение врачебных назначений;
- б) нарушение технологий сестринских манипуляций;
- в) нарушение этико-деонтологических правил;
- г) все верно.

5. Стратегия повышения качества сестринской деятельности предусматривает:

- а) планирование и внедрение мероприятий по непрерывному повышению квалификации медицинской сестры;
- б) формирование мотивации, корпоративной культуры, улучшение физического и психического здоровья;
- в) активную творческую деятельность, политику в области качества, документированные процедуры, документы;
- г) все верно.

6. Количество этапов стратегии непрерывного повышения качества сестринской деятельности:

- а) один;
- б) два;
- в) три;
- г) четыре.

7. Структура качества сестринской деятельности состоит из:

- а) качества условий выполнения сестринской помощи;
- б) качества технологий ее осуществления;
- в) качества результата;
- г) все верно.

8. Поликлиника это:

- а) лечебное учреждение, где проводят лечение больных;
- б) профилактическое учреждение, где проводят санитарно-просветительную работу;
- в) лечебно, - профилактическое учреждение, где проводят оказание врачебной помощи проходящим больным;
- г) лечебное учреждение, где проводят лечение и реабилитацию больным.

9. Регистратура оформляет амбулаторную карту №:

- а) у 03 О/у;
- б) у 025/у;
- в) у 040/у;
- г) у015/у.

10. Основной задачей работников регистратуры является:

- а) оформление экстренного извещения;
- б) равномерное регулирование потока больных к врачам;
- в) оформление больных листков;
- г) своевременно оказать медицинскую помощь.

11. В кабинете доврачебной помощи работают:

- а) врачи;
- б) кардиологи;
- в) фельдшера;
- г) реаниматоры.

12. Медсестра, работающая в кабинете доврачебной помощи, может:

- а) сама назначить лечение;
- б) выдать больничный лист;
- в) оказать доврачебную помощь;
- г) выписать рецепт на льготные препараты.

13. Участковая медсестра при обслуживании пациентов на дому самостоятельно:

- а) выписывает больничный лист;
- б) назначает лечение;
- в) обучает элементам, самоухода пациентов;
- г) направляет на госпитализацию.

14. При беседе с больным медсестра должна:

- а) четко проводить профилактические мероприятия;
- б) должна давать инструктаж принимать или не принимать лекарства;
- в) направлять больных к специалистам;
- г) направлять на стационарное лечение.

15. Участковый врач не использует одну из форм медицинской документации:

- А) карта амбулаторного больного
- Б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- В) история развития ребенка
- Г) карта стационарного больного

16. Основным документом взрослой поликлиники является карта амбулаторного больного:

- а) форма № 025/у
- Б) форма № 086/у
- В) форма № 112/у
- Г) форма № 063/у

17. При прохождении диспансеризации заполняется карта учета диспансеризации:

- а) форма 131/у
- б) форма 030/у
- в) форма 025/у
- г) форма 112/у

18. Регистратура оформляет амбулаторную карту №:

- а) у 03 О/у;
- б) у 025/у;
- в) у 040/у;
- г) у015/у.

19. «Экстренное извещение» об инфекционном больном следует направить:

- а) в управление здравоохранения;
- б) в районную бактериологическую лабораторию;
- в) в территориальный ЦГСЭН;
- г) в дезинфекционную станцию

20. Укажите ведущий приказ по планированию профилактических прививок

- а) Приказ МЗСР РФ № 229;
- б) Приказ МЗСР РФ № 375;
- в) Приказ МЗСР РФ №673

Ситуационные задачи

Задача №1 При активном посещении на дому участковой медицинской сестрой, пациент 56 лет пожаловался на внезапную давящую боль за грудиной, чувство нехватки воздуха, слабость, сердцебиение. Боли не прошли после трехкратного приема нитроглицерина. Состоит на диспансерном учете у кардиолога по поводу ишемической болезни: стенокардии. При осмотре: больной беспокоен, мечется по комнате, кожные покровы бледные, АД-90/60 мм.рт.ст. пульс 110 уд.в мин. Ч.Д. Д.-28 в минуту.

Задания 1. Определить и обосновать состояние пациента.

2. Определить проблемы пациента: настоящие, приоритетные, потенциальные.

3. Составить алгоритм действий медицинской сестры. 72

Задача №2 Пациент 72 лет, будучи в поликлинике, стоя в очереди в регистратуру почувствовал резкую слабость, тошноту, дрожь в теле. Со слов жены пришел в поликлинику сдать кровь на анализ. Последний прием пищи 4 часа назад. Выяснилось, что он наблюдается у эндокринолога по поводу сахарного диабета. При осмотре: кожные покровы влажные, бледные. АД-150/85 мм.рт.ст. Пульс-100 уд. в минуту слабого наполнения.

Задания 1. Определить и обосновать состояние пациента.

2. Составить алгоритм действия медицинской сестры. Продемонстрировать технику в/в введения 40% раствора глюкозы.

Задача 3. Во время взятия крови на биохимический анализ больной 18 лет внезапно потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, обычной влажности, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст.

Задания: 1. Определите и обоснуйте состояние пациента;

2. Составьте план сестринской помощи.

Задача 4. Пациент жалуется на боль не только в месте инъекции, но и во всей нижней конечности. Накануне медсестра очень торопилась и выполнила внутримышечную инъекцию в нижний наружный правый квадрант ягодицы. Пациент при этом почувствовал сильную боль.

Задания: 1. Определите и обоснуйте состояние пациента; 2. Составьте план сестринской помощи

Задача 5. Пациент 70 лет, при активном посещении медицинской сестрой на дому по поводу приглашения на диспансерный осмотр, стал жаловаться на внезапно возникшие схваткообразные боли в животе, вздутие живота, отсутствие стула. Много лет наблюдается у участкового терапевта по поводу язвенной болезни желудка. Ухудшение состояния отмечает после приема алкоголя. Из анамнеза много лет курит. При осмотре: кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом, живот при пальпации несколько напряжен, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. АД-140/85 мм.рт.ст. Пульс-60 уд. в мин.

Задания: 1. Определить и обосновать состояние пациента. 2. Составить алгоритм действия медицинской сестры.

2. Основные направления деятельности медицинской сестры общей практики (семейной)

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Основные направления деятельности медицинской сестры общей практики (семейной)

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Каковы определение и принципы общей врачебной практики (семейной медицины)?
2. Что является единицей медицинского наблюдения в общей врачебной (семейной) практике?
3. Какие существуют организационные модели общей врачебной (семейной) практики в мире? В чем их различия?
4. Каковы уровень комплектации, контингент и численность обслуживаемого населения в условиях общей врачебной практики (семейной медицины)?
5. Каковы должностные обязанности медицинской сестры общей практики (семейной медсестры)?
6. Как должен быть организован амбулаторный прием в кабинете врача общей практики (семейного врача)? Какова при этом роль медсестры?
7. Что включает в себя понятие «малая хирургия»? Каков перечень вмешательств, выполняемых в кабинете врача общей практики в рамках «малой хирургии»?
8. Что включает в себя понятие «стационарозамещающие технологии»? Показания и противопоказания к пребыванию в дневном стационаре поликлиники?
10. Что понимается под термином «медицинская профилактика»?

Учебный материал

План:

1. Общая (семейная) практика как один из видов ПМСП
2. Организация оказания помощи по типу общей практики
3. Основная документация на участке общей (семейной) практики

Одна из форм оказания ПМСП населению - это работа **центров (отделений) общей врачебной (семейной) практики (ЦОВП)**. В 2008 г. в России действовало более 3200 ЦОВП.

ЦОВП организуются на территории муниципальных районов и городских округов. Участок врача общей практики формируется из расчета 1500 человек взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), участок семейного врача - 1200 человек взрослого и детского населения.

Как показывает накопленный за последнее десятилетие опыт, переход к организации ПМСП по принципу общей врачебной (семейной) практики ведет к значительному улучшению качества, доступности медицинской помощи, усилению профилактической работы, укреплению здоровья семьи.

Организация повсеместно таких центров позволит со временем заменить действующую сеть врачебных амбулаторий в сельской местности и тем самым улучшить оказание первичной медико-санитарной помощи жителям села.

В последние годы деятельность ЦОВП ориентирована на оказание медицинской помощи населению по следующим основным специальностям: терапия, педиатрия, акушерство и гинекология, хирургия, офтальмология, отоларингология, онкология, физиатрия, дерматовенерология, инфекционные болезни, геронтология и др. Примерная структура ЦОВП представлена на рис. 9.5.

Важное место в деятельности ЦОВП отводится **медицинской сестре врача общей практики**, которая является квалифицированным специалистом в области сестринского дела и работает по обеспечению первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению в пределах своей компетенции, включая профилактические и реабилитационные мероприятия.

К профессиональной деятельности в качестве медицинской сестры врача общей практики допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело» и имеющие сертификат по специальности «Общая практика».



Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики

Медицинская сестра работает под руководством врача общей практики (семейного врача) и выполняет широкий круг обязанностей:

- ведет персональный учет, информационную (компьютерную) базу данных состояния здоровья обслуживаемого населения, участвует в формировании групп диспансерных больных;
- организует амбулаторный прием врача общей практики, готовит к работе диагностические приборы, инструменты, перевязочные средства, медикаменты, индивидуальные карты амбулаторных больных, бланки рецептов, направления на обследование;
- учитывает расход медикаментов, перевязочного материала, инструментария, бланков специального учета;
- осуществляет контроль над сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременностью их ремонта и списания;
- проводит доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции;
- проводит занятия (по специально разработанным методикам или согласованному с врачом плану) с диспансерными группами пациентов;
- выполняет профилактические мероприятия: проводит вакцинацию прикрепленного населения согласно календарю прививок; планирует, организует, контролирует обследования подлежащих контингентов с целью раннего выявления туберкулеза; осуществляет мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний;
- оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях и несчастных случаях больным и пострадавшим.

Основные формы первичной учетной медицинской документации ЦОВП:

- Паспорт участка, ф. 030/у-ВОП;
- Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача), ф. 039-1/у-ВОП.

Для качественного выполнения своих профессиональных обязанностей средним медицинским работникам ЦОВП необходимо уметь рассчитывать и анализировать основные статистические показатели, характеризующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.

3. Решите тестовые задания. Выберите правильный ответ

1. Семейный врач - это:

- а) специалист, который проводит профилактические мероприятия среди семьи;
- б) специалист, который оказывает помощь лицам старшего возраста;
- в) специалист квалифицированный по оказанию ПМСП, диагностики, и лечение всех членов семьи;
- г) специалист, который проводит лечение на дому всех членов семьи.

2. Основная функция семейного врача:

- а) проводит профилактику среди населения;
- б) выявляет режим проявлений заболевания;
- в) организация ухода за тяжелыми больными;
- г) оказание экстренной врачебной помощи всем членам семьи.

3. Численность населения, которое обслуживает семейный врач:

- а) 700;
- б) 1000;
- в) 1500;
- г) 3000.

4. Помощником семейного врача является:

- а) медсестра;
- б) санитарка;
- в) лаборантка;
- г) медработник, закончивший ВСО.

5. Семейная медсестра может осуществить:

- а) назначение лечения;
- б) амбулаторный прием;
- в) выдачу больничного листа;
- г) оказать врачебную помощь.

6. Семейная медсестра не имеет право самостоятельно:

- а) выполнить ЭКГ;
- б) измерить АД;
- в) лечить больного;
- г) проводить сердечно-легочную реанимацию.

7. Семейная медсестра должна уметь:

- а) выполнять все манипуляции;
- б) назначать на консультацию к специалистам;
- в) определять болезнь;
- г) назначать лечение.

8. Какой приказ МЗ РФ регламентирует организацию общей врачебной практики (семейной медицины) в РФ:

- а) № 350;
- б) № 237;
- в) № 1000;
- г) № 222;
- д) № 153

9. Главными особенностями профессиональной деятельности медицинской сестры общей практики являются:

а) владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям б) владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии

в) рамки профессиональной деятельности не ограничены возрастом или полом пациентов, системой органов и этиологией заболевания

г) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии

д) владение знаниями и практическими навыками по хирургии

10. К методам и средствам первичной профилактики в работе семейной медицинской сестры следует отнести:

а) раннюю диагностику заболеваний

б) вакцинацию

в) профилактическую госпитализацию

г) противорецидивную терапию

д) реабилитацию

11. Принципами семейной медицины являются:

а) непрерывность медицинской помощи;

б) всеобъемлющий подход;

в) неразделяемые проблемы;

г) высокое качество;

д) все перечисленные варианты верны

12. Статьей «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан РФ», определяющей правовой статус «семейного врача», является:

а) ст.22

б) ст.26

в) ст. 30

г) ст.38

д) ст.59

13. На показатели состояния здоровья человека влияют

а) условия и образ жизни

б) состояние окружающей среды

в) генетические факторы

г) качество медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения

д) все перечисленные факторы

14. Сестринский диагноз – это:

а) определение главного клинического синдрома

б) выявление конкретной болезни у конкретного человека или у членов семьи

в) определение нарушенных потребностей, существующих и потенциальных проблем пациента в связи с болезнью

г) определение прогноза развития страдания

д) выявление факторов риска заболеваний

15. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство можно получить с возраста:

а) 14 лет

б) 15 лет

в) 16 лет

г) 17 лет

д) 18 лет

16. Действенным началом формирования здорового образа жизни является

а) повышение оплаты труда, нервно-психическая перегрузка

б) гигиеническое воспитание населения и повышение жизненного уровня

в) потребление спиртных напитков

г) повышение жизненного уровня

д) повышение жизненного уровня и употребления спиртных напитков

17. При проведении вакцинации медицинская сестра обязана делать все, кроме:

а) самостоятельно принять решение о вакцинации

б) информировать родителей о предстоящей вакцинации

в) соблюдать правила асептики и антисептики

г) соблюдать «холодовую» цепочку хранения вакцин

д) знать свойства вакцины, дозу способ введения

18. После проведения вакцинации сестра общей практики должна наблюдать за ребенком в течение:

а) 30 минут

б) 1-го часа

в) 2-х часов

г) 3-х часов

д) 4-х часов

19. Должны ли родственники быть информированы о тяжелой болезни близкого человека? а) родственники не должны знать о болезни

пациента

б) родственники должны четко представлять характер болезни

в) родственникам можно рассказать о диагнозе в «смягченной форме»

г) родственникам необходимо рассказать только о лечении больного

д) родственникам необходимо рассказать только о ведении пациента

20. Рекомендации медицинской сестры по питанию пациенту с ишемической болезнью сердца включают в себя рекомендации по

ограничению:

а) сахара

б) поваренной соли

в) специй

- г) растительных жиров
- д) овощей, фруктов

4. Ситуационные задачи

Задача №1 В Центр общей врачебной практики обратился пациент С. 65 лет с жалобами на боли в области сердца, возникающие при небольшой физической нагрузке, длятся 5 – 10 мин, проходят от приема 1 – 2 таблеток нитроглицерина под язык. Семейная медицинская сестра провела доврачебный осмотр с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции.

1. Входит ли в функции семейной медицинской сестры проведение доврачебного осмотра с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции? 2. Назовите основные учетно-отчетные документы, которые заполняет семейная медицинская сестра?

Задача №2 Во время регистрации ЭКГ у пациента А. 58 лет в Центре общей врачебной практики вышел из строя электрокардиограф по техническим причинам.

1. Входит ли в обязанности семейной медицинской сестры регистрация ЭКГ? 2. Входит ли в таблицу оснащения Центра общей врачебной практики электрокардиограф 12-канальный? 3. Входит ли в функции семейной медицинской сестры осуществление контроля за сохранностью и исправностью мед. аппарата-туры и оборудования своевременностью их ремонта и списанию?

Задача №3 Мужчина 32 лет, состоит на диспансерном учете по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, обострения 2-3 раза в год. Курит. Мать больного страдает язвенной болезнью.

1. Какие факторы риска язвенной болезни имеются у данного больного? 2. Перечислите мероприятия, направленные на борьбу с факторами риска.

Задача №4 К семейную амбулаторию у обратилась дочь 78-летней больной, страдающей бронхиальной астмой, с просьбой дать совет по наблюдению за больной. Как вы ответите на вопросы, заданные семейной медицинской сестре.

1. Нужно ли прививать больную противогриппозной вакциной? 2. Какие вакцины лучше использовать? 3. Как пользоваться ингалятором со спейсером? 4. Как предупредить обострение бронхиальной астмы?

Задача №5 При осмотре на дому больной К., 68 лет медицинская сестра общей практики выявила следующие данные: больна 2 суток, жалуется на головные боли, головокружение, шум в голове. 2 дня назад больная упала в подъезде дома, отмечалась потеря сознания на несколько минут, после чего появились вышеописанные жалобы.

1. Поставьте сестринский диагноз? 2. Определите дальнейшую тактику наблюдения пациента? 3. Какова профилактика травматизма в пожилом возрасте?

3. Основные направления работы медицинской сестры в отделении профилактики и кабинете доврачебного приема

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Основные направления работы медицинской сестры в отделении профилактики и кабинете доврачебного приема

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Задачи кабинета (отделения) профилактики
2. Структура отделения профилактики
3. Методы формирования здорового образа жизни.
4. Технологии формирования здорового образа жизни.
5. Профилактика поведенческих факторов риска.
6. Профилактика табакокурения и алгоритм действия медработника по снижению табакокурения.
7. Профилактика алкоголизации. Алгоритм действия медработника по профилактике употребления алкоголя в опасных дозах.
8. Основные принципы рационального питания. Алгоритм действия медработника по профилактике нерационального питания.
9. Школы здоровья для лиц с факторами риска. Цели и задачи школ здоровья.
10. Школы по здоровому питанию

2. Учебный материал

План:

Кабинет профилактики ЛПУ

Положение о кабинете медицинской профилактики

Кабинет профилактики ЛПУ

В городских и районных лечебно-профилактических учреждениях *кабинеты медицинской профилактики* организуют оздоровительные и профилактические мероприятия для различных категорий прикрепленного населения города (района), ведут пропаганду сохранения и укрепления здоровья через местные СМИ, оказывают организационно-методическую поддержку МПЗ (медработникам первичного звена), которые в основном и ведут всю вышеперечисленную профилактическую работу. Специалисты кабинета медицинской профилактики:

ежемесячно получают методическую и наглядную информацию литературы из краевого и городского центров медицинской профилактики и оргметодотдела управления здравоохранения администрации города;

ежегодно проходят курсы повышения квалификации по вопросам профилактики;

используя полученные знания и методические материалы, обучают МПЗ своего ЛПУ профилактической работе, снабжают их памятками и рецептами здоровья для различных групп пациентов;

совместно с зам. главврача ЛПУ составляют ежемесячный план и обеспечивают его выполнение (проведение школ больных с заболеваниями; проведение школ по аспектам ЗОЖ (как бросить курить, похудеть, повысить физическую активность); проведение лекций-дискуссий в школах здоровья учреждений микрорайона);

обеспечивают связь с местными СМИ, предоставляя пресс-релизы и актуальные факты-примеры для пропаганды здоровья;

обеспечивают связь с местными органами самоуправления, используя их потенциал для охвата и выявления групп риска и превентивных мер;

организуют мероприятия на уровне своего ЛПУ при проведении краевых и городских Дней здоровья и других массовых популяционных кампаний;

поддерживают актуальность наглядных материалов (на стендах, в санбюллетенях, в памятках, размещенных в холлах поликлиник).

Положение о кабинете медицинской профилактики

Кабинет (отделение) медицинской профилактики (МП) организуется в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных, районных (городских) больниц, медико-санитарных частей.

Главный врач поликлиники или его заместитель по организационно-методической работе руководит и отвечает за деятельность кабинета (отделения) и организуемую им профилактическую работу медработников первичного звена.

Штат кабинета (отделения) медицинской профилактики — врач и/или фельдшер, имеющий соответствующую подготовку по медицинской профилактике и укреплению здоровья.

Врач/фельдшер кабинета медицинской профилактики непосредственно подчинен зам. главврача по организационно-методической работе поликлиники.

5. В соответствии с основными задачами кабинет (отделение) медицинской профилактики осуществляет взаимодействие с ГЦМП и филиалом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по области (краю) по городу»:

направляет в ГЦМП сотрудников ЛПУ для подготовки по МП, усовершенствования знаний и внедрения методов профилактики заболеваний;

получает из ГЦМП и ФБУЗ, приобретает и распространяет среди работников учреждения и организованного и неорганизованного населения инструктивно-методические документы по сохранению и укреплению здоровья, наглядные пособия санитарно-просветительного характера;

при помощи ГЦМП создает банк санпросвет-литературы (по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний), лекций-бесед, статей медицинского профиля из периодической прессы для использования в повседневной работе; получает от ГЦМП и ФБУЗ новые методики профилактической направленности деятельности ЛПО; комплектует видеотеку при поддержке ГЦМП; сдает сводный статистический отчет в ОЦМП и в центр ФБУЗ в установленные сроки.

6. Кабинет МП методически обеспечивает деятельность медицинских работников поликлиники по выявлению факторов риска, коррекции образа жизни, пропаганде медицинских и гигиенических знаний и ЗОЖ среди прикрепленного населения путем предоставления доказательных данных, обучения и обновления алгоритмов обязательных профилактических действий МПЗ. Для чего:

организует и проводит обучающие семинары по МП среди сотрудников ЛПО;
координирует индивидуальные планы работы МПЗ по вопросам медицинской профилактики — по проведению ПО, повседневной профилактической работы, ведению школ в поликлинике и в учреждениях района, проведению лекций-бесед на предприятиях;
оказывает организационно-методическую и консультативную помощь при подготовке лекций, бесед, радиопередач, «круглых столов», конференций, семинаров, совещаний и др.;

— контролирует и анализирует деятельность МПЗ с населением по МП, ежеквартально делает объективную оценку их деятельности с представлением ее главному врачу (зам. главного врача по лечебно-профилактической работе) для последующего решения и использования при проведении врачебных конференций и при решении вопросов премирования;

— работает в тесном контакте с районными специалистами по профилям (районный онколог, фтизиатр, гинеколог, дерматовенеролог, психиатр, нарколог), которые обеспечивают квалифицированное методическое руководство по разделу МП населения в соответствии с профилем деятельности. Обеспечивает их методической и санпросвет-литературой. Организует выступления в поликлиниках, выступления в печати, на телевидении, радио.

Кабинет (отделение) МП методически и организационно работает с кабинетом доврачебного приема и со смотровым кабинетом по проведению профилактических осмотров.

Кабинет МП составляет отчеты о проделанной работе, составляет сводный статистический отчет по ЛПО, результаты доводит до сведения главного врача.

Специалист по МП кабинета изучает и оценивает знание вопросов профилактики и ЗОЖ населения (анкетирование, доска вопросов и ответов).

3. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Кабинет медицинской профилактики может входить в состав:

поликлиники;
ФАПа;
3) поликлиники ЦРБ;
4) медико-санитарной части;
диспансера;
**больницы скорой медицинской помощи;
НИИ, специализированной клиники;
женской консультации.**

2. Функции отделения (кабинета) медицинской профилактики:

1) **выявление факторов риска неинфекционных заболеваний и их коррекция;
проведение медицинских осмотров;
диспансеризация;**
4) **проведение социологических опросов населения по вопросам удовлетворенности медицинской помощью;
реабилитация после травм;
профилактика рахита у детей;
обеспечение ремиссии заболевания;
восстановление трудоспособности.**

**Центр здоровья оказывает медицинские услуги следующим категориям граждан:
детям при прохождении обязательной диспансеризации перед поступлением в школу;
спортивным организациям и школам перед соревнованиями;
взрослым, обратившимся самостоятельно;
взрослым по направлению лечащего врача;
взрослым по направлению работодателя;
взрослым перед оформлением на работу;
взрослым при прохождении профилактических осмотров.**

4. Здоровый образ жизни - это:

А) физическая и двигательная активность;
Б) рациональное питание;
В) закаливание;
Г) все ответы верны.

5. Профилактика это:

А) комплекс мероприятий, обеспечивающих развитие и воспитание здорового человека, предупреждение заболеваний и инвалидизации
Б) изучение индивидуального здоровья человека
В) охрана здоровья здоровых людей
Г) предупреждение заболеваний

6. Первичная профилактика это:

А) изучение резистентности организма
Б) предупреждение заболеваний путем устранения причинных и предрасполагающих факторов
В) раннее выявление заболеваний и функциональных нарушений
Г) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями.

10. Направление первичной профилактики:

А) Формирование групп риска
Б) Динамическое наблюдение за группами риска
В) Мониторинг физического и психического развития.
Г) Улучшение качества жизни

11. Вторичная профилактика это:

А) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями.
Б) медико-социальная адаптация пациентов с хроническими заболеваниями и инвалидов к трудовой деятельности
В) раннее выявление заболеваний и функциональных нарушений, предупреждение их прогрессирования
Г) гигиенические мероприятия общие и индивидуальные

12. Направление вторичной профилактики:

А) Планирование семьи

- Б) Систематическое наблюдение за беременной женщиной
- В) Организация рационального питания
- Г) Выявление предрасположенности или ранних признаков заболеваний

13. Третичная профилактика это:

- А) наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями.
- Б) диагностика уровня здоровья и его прогнозирование
- В) Эпидемиологический контроль
- Г) Контроль за экологической ситуацией

14. Направление третичной профилактики:

- А) Формирование групп риска
- Б) Динамическое наблюдение за группами риска
- В) Мониторинг физического и психического развития
- Г) Реабилитация пациентов с хроническими заболеваниями

15. Национальный проект «Здоровье» запущен в:

- А) 2000 году
- Б) 2002 году
- В) 2006 году
- Г) 2007 году

16. Одно из направлений национального проекта Здоровье:

- А) лечение заболеваний
- Б) развитие первичной медико-санитарной помощи
- В) противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции
- Г) иммунизация населения

17. Охрана и укрепление здоровья здоровых проводится в отношении:

- А) больных людей в стадии реконвалесценции
- Б) больных при острых заболеваниях
- В) больных при хронических заболеваниях
- Г) здоровых людей

18. Принципы охраны здоровья здоровых:

- А) доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья
- Б) непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека;
- В) ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких
- Г) все ответы правильны

19. Роль медсестры в реализации концепции Здоровья:

- А) проводить диспансеризацию населения
- Б) проводить сан-эпид. работу
- В) формировать у населения психологию здоровья
- Г) наблюдение за пациентом при остром заболевании

20. Валеология – это наука:

- А) о здоровье, его сохранении и укреплении
- Б) о долголетию;
- В) о профилактике заболеваний;
- Г) все ответы верны

4. Ситуационные задачи

1. Мама с ребенком 3-х месяцев пришла в поликлинику на прививку.

Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте маму по вопросам иммунопрофилактики).

Обучите маму принципам здорового образа жизни для ребенка 3-х месяцев.

2. Вы медицинская сестра кабинета доврачебного приема. При проведении медицинского осмотра у женщины 35 лет выявлены следующие данные: при росте 168 см, масса тела составляет 80 кг. Проведите антропометрию и определите индекс массы тела. Заполните медицинскую амбулаторную карту.

3. Вы медицинская сестра профилактического кабинета и отвечаете за работу школы здоровья больных гипертонической болезнью. Составьте план тематики занятий этой школы. Проведите занятие по теме: «Что такое диета № 10»

4. Вы медицинская сестра кабинета доврачебного приема. Во время прохождения профилактического осмотра на прием обратился мужчина 42 лет с жалобами на озноб. При осмотре: АД- 140/90, ЧДД- 22 уд. в минуту., пульс- 92 уд.в минуту. Продемонстрируйте измерение АД, пульса и ЧДД и оцените результат. Заполните температурный лист и медицинскую амбулаторную карту.

5. Вы – медицинская сестра отделения профилактики. Используя маршрутную карту , определите объем первого этапа диспансеризации для девушки 21 года. Подготовьте индивидуализированную памятку по подготовке к исследованиям.

6. Вы – медицинская сестра отделения профилактики. Используя маршрутную карту , определите объем первого этапа диспансеризации для женщины 39 лет. Подготовьте индивидуализированную памятку по подготовке к исследованиям.

4. Место экспертизы трудоспособности в системе ПМСП

Тип занятия: Практическое занятие (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Место экспертизы трудоспособности в системе ПМСП

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Перечислите виды медицинской экспертизы.

2. Охарактеризуйте отличия частичной и полной нетрудоспособности.

3. Перечислите причины временной нетрудоспособности.

4. В каких медицинских организациях проводится экспертиза стойкой нетрудоспособности?

5. Перечислите категории медицинских работников, имеющих право выдачи листка нетрудоспособности.

6. Перечислите категории граждан, которым может быть выдан листок нетрудоспособности.

7. Какие функции выполняет листок нетрудоспособности?

8. Перечислите категории граждан, которым листок нетрудоспособности не выдается.

9. В каких случаях выдается справка о временной нетрудоспособности?

10. На какой срок может быть оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком?

11. На какой срок может быть оформлен листок нетрудоспособности по беременности? 12. Охарактеризуйте условия организации медико-социальной экспертизы.

2. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Максимальный срок единовременной выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах составляет

- а. 3 дня нетрудоспособности
 - б. 5 дней нетрудоспособности
 - в. 6 дней нетрудоспособности
 - г. 30 дней нетрудоспособности
2. Женщинам в случае нормально протекающей беременности, родов, послеродового периода и рождения живого ребенка листок нетрудоспособности выдается на срок
- а. 86 дней
 - б. 140 дней
 - в. 156 дней
 - г. 180 дней
3. Экспертиза временной нетрудоспособности это-
- а. вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности
 - б. вид экспертизы, заключающейся в определении длительности и степени нетрудоспособности человека в связи с заболеванием либо увечьем, в выявлении причин утраты трудоспособности, установлении группы инвалидности.
4. К медицинским критериям при проведении экспертизы временной нетрудоспособности относится
- а. бытовые и производственные условия
 - б. перенесенные заболевания и травмы
 - в. страховой анамнез
 - г. развернутый клинический диагноз в соответствии с требованиями клинической и медико-социальной экспертизы
5. К социальным критериям при проведении экспертизы временной нетрудоспособности относится
- а. определение размера пособия по временной нетрудоспособности
 - б. степень тяжести заболевания
 - в. основная профессия, конкретные производственные условия, вид труда, степень выраженности напряжения
 - г. необходимость социальной защиты пациента
6. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность для работающих граждан является
- а. листок нетрудоспособности
 - б. справка №095/у
 - в. справка произвольной формы
7. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность учащихся образовательных учреждений является
- а. листок нетрудоспособности
 - б. справка Ф-095/у
 - в. справка произвольной формы
8. При проведении экспертизы временной нетрудоспособности соблюдение прав пациентов на конфиденциальность информации, составляющей врачебную тайну
- а. обязательно
 - б. по желанию пациента
 - в. не обязательно
9. Листок нетрудоспособности имеют право выдавать медицинские работники учреждений
- а. скорой медицинской помощи
 - б. учреждений переливания крови
 - в. приемных отделений больничных учреждений
 - г. медицинские организации государственной и частной систем здравоохранения в соответствии с лицензией на проведение экспертизы ВН
10. В случае работы гражданина на нескольких рабочих местах листок нетрудоспособности выдается
- а. только по предъявлению по основному месту работы
 - б. по количеству всех мест работы внутреннего совместительства
 - в. по количеству мест работы внешнего совместительства
11. В случае заболевания или травмы лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности
- а. до 3-х календарных дней
 - б. до 7 календарных дней
 - в. до 10 календарных дней
 - г. до 15 календарных дней
12. В случае продолжающейся нетрудоспособности при очередной явке пациента продление листка нетрудоспособности единолично лечащим врачом может быть
- а. до 10 календарных дней
 - б. до 15 календарных дней
 - в. до 30 календарных дней
 - г. до 2-х месяцев
13. Выдача и продление ЛН фельдшером или зубным врачом осуществляется единолично на срок
- а. до 3-х календарных дней
 - б. до 5 календарных дней
 - в. до 10 календарных дней
 - г. до 15 календарных дней
14. Продление ЛН свыше 15 дней относится к полномочиям
- а. клинико-экспертной комиссии
 - б. врачебной комиссии
 - в. лечебно-контрольной комиссии
15. Продление ЛН врачебной комиссией осуществляется на основании
- а. клинико-трудового прогноза
 - б. реабилитационного потенциала
 - в. клинического прогноза
16. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе ЛН может быть продлен до дня восстановления трудоспособности, но не более
- а. 2-х месяцев
 - б. 4-х месяцев
 - в. 6-ти месяцев
 - г. 10-ти месяцев (при травмах, состояниях после реконструктивных операций) и 12-ти месяцев при туберкулезе
17. Допускается ли выдача ЛН за прошедшие дни, если не было осмотра мед. работником а. да
- б. нет
18. Включаются ли нерабочие праздничные и выходные дни в период ВН при выдаче ЛН

- а. да
- б. Нет

19. Работникам предприятия общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на

- а. 5 дней;
- б. 10 дней;
- в. весь период дегельминтизации

20. Выдается ли ЛН, если день установления факта наступления ВН приходится на нерабочий праздничный или выходной день

- а. да
- б. нет

3. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

В связи с начальными признаками профессионального заболевания больной 35 лет переведен на работу без профессиональных вредностей, но с пониженной оплатой труда с 3.05.

1. Должен ли в данном случае решаться вопрос о выдаче листка нетрудоспособности?
2. Каково назначение в данном случае листка нетрудоспособности, если он будет выдаваться?
3. Кем выдается (если выдается) листок нетрудоспособности в таких случаях?
4. При каких заболеваниях выдаются такие листки нетрудоспособности?
5. На какой срок выдаются в подобных случаях листки нетрудоспособности?
6. Оформите ЛН по данному случаю

ЗАДАЧА №2

Остро заболевший 46 лет, у которого были выявлены признаки временной нетрудоспособности в связи с болезнью глаз, обратился к врачу-офтальмологу, занимающемуся частной практикой 17.12. Находился у него на лечении и был нетрудоспособен до 27.12.

1. Имел ли право врач, занимающийся индивидуальной частной практикой, выдать листок нетрудоспособности и временно освободить от работы?

2. На какой срок лечащий частно практикующий врач имеет право освобождать больных при нетрудоспособности от работы и выдавать листки нетрудоспособности

3. На какой срок мог бы выдать листок нетрудоспособности больному лечащий врач-офтальмолог в рассматриваемом случае?

4. Оформите ЛН по данному случаю

ЗАДАЧА №3

Безработный 36 лет, не состоящий на учете в муниципальном отделе занятости населения, получил травму. Лечился у хирурга с 10.06. по

16.06.

1. Имеет ли право безработный получить листок нетрудоспособности?
2. Имел ли право безработный в указанном случае при нетрудоспособности получить листок нетрудоспособности?
3. Как оформляется медицинская документация, если безработный состоит на учете
4. Оформите ЛН по данному случаю

ЗАДАЧА №4

В период очередного отпуска с 1.08. по 28.08, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил травму пальцев кисти правой руки и был нетрудоспособен с 9.08. по 20.08.

1. Будет ли в данном случае выдан листок нетрудоспособности?
2. С какого дня выдается листок нетрудоспособности и на какой срок?
3. С какого дня нетрудоспособности будет оплачиваться листок нетрудоспособности?
4. Будет ли продлен очередной отпуск в данном случае или в предоставленные свободные от работы оплаченные дни в удобный для администрации период года?
5. Какие особенности оформления листка нетрудоспособности в данном случае?

ЗАДАЧА №5

Ребенок 10 лет заболел острым паротитом 8.02. и находился на амбулаторном лечении до 29.-2. За ребенком ухаживал отец, служащий страховой компании.

1. Будет ли выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком отцу?
2. На какой срок будет выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком?
3. Каковы особенности оформления листка нетрудоспособности по уходу?

5. Участие медицинской сестры в экспертизе трудоспособности

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Участие медицинской сестры в экспертизе трудоспособности

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Перечислите виды медицинской экспертизы.
2. Охарактеризуйте отличия частичной и полной нетрудоспособности.
3. Перечислите причины временной нетрудоспособности.
4. В каких медицинских организациях проводится экспертиза стойкой нетрудоспособности?
5. Перечислите категории медицинских работников, имеющих право выдачи листка нетрудоспособности.
6. Перечислите категории граждан, которым может быть выдан листок нетрудоспособности.
7. Какие функции выполняет листок нетрудоспособности?
8. Перечислите категории граждан, которым листок нетрудоспособности не выдается.
9. В каких случаях выдается справка о временной нетрудоспособности?
10. На какой срок может быть оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком?

Учебный материал

План:

Понятие об экспертизе трудоспособности

Временная нетрудоспособность

Стойкая нетрудоспособность

Экспертиза трудоспособности - это вид экспертизы, который заключается в определении причин, длительности, степени временной или стойкой утраты трудоспособности человека в связи с заболеванием, травмой или другой причиной, а также определении потребности пациента в видах медицинской помощи и мерах социальной защиты.

Естественно, возникает вопрос, что следует понимать под трудоспособностью человека?

Трудоспособность - это такое состояние организма человека, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества. Медицинский работник на основании данных всестороннего медицинского освидетельствования

должен установить наличие или отсутствие заболевания у конкретного человека. Трудоспособность имеет медицинские и социальные критерии.

Медицинские критерии трудоспособности включают своевременно поставленный клинический диагноз с учетом выраженности морфологических изменений, тяжести и характера течения заболевания, наличия декомпенсации и ее стадии, осложнений, определение ближайшего и отдаленного прогноза развития заболевания.

Однако не всегда больной человек является нетрудоспособным. Например, два человека страдают одним и тем же заболеванием - панарицием. Один из них учитель, другой - повар. Учитель с панарицием может исполнять свои профессиональные обязанности - он трудоспособен, а повар - нет, то есть является нетрудоспособным. Кроме того, причина нетрудоспособности не всегда состоит в заболевании самого пациента. Например, тот же повар сам может быть здоровым, однако в его семье кто-то заболел вирусным гепатитом, вследствие чего повар не может выполнять свои профессиональные обязанности, то есть заниматься приготовлением пищи, так как у него есть контакт с больным вирусным гепатитом. Следовательно, болезнь

и нетрудоспособность понятия не идентичные. При наличии болезни человек может быть трудоспособным, если заболевание не препятствует выполнению профессиональных обязанностей, и нетрудоспособным, - если их выполнение затруднено или невозможно.

Социальные критерии трудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании и условиях его труда, отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные системы и органы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Используя медицинские и социальные критерии трудоспособности, медицинским работником проводится экспертиза, в процессе которой может быть установлен факт нетрудоспособности пациента. Под *нетрудоспособностью* следует понимать состояние, обусловленное болезнью, травмой, ее последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда невозможно полностью или частично в течение ограниченного времени или постоянно. Нетрудоспособность может быть временной и стойкой.

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Если изменения в состоянии здоровья пациента носят временный, обратимый характер, и в ближайшее время ожидается выздоровление или улучшение, а также восстановление трудоспособности, то такой вид нетрудоспособности считается временным. *Временная нетрудоспособность* (ВН) - это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, то есть носят обратимый характер.

Различают полную и частичную временную нетрудоспособность.

Полная временная нетрудоспособность - это невозможность выполнения любого труда на определенный срок, сопровождающаяся необходимостью создания специального режима и проведения лечения.

Частичная временная нетрудоспособность наступает у человека в отношении своей обычной профессиональной деятельности при сохранении способности выполнять другую работу с иным облегченным режимом или уменьшенным объемом.

Установление факта временной нетрудоспособности проводится на основании экспертизы и имеет важное юридическое и экономическое значение, так как оно гарантирует гражданину освобождение от работы и получение пособия за счет средств государственного социального страхования. Своевременное освобождение заболевших от работы представляет собой одно из действенных профилактических мероприятий по предупреждению осложнений заболеваний, их хронизации.

Таким образом, экспертиза временной нетрудоспособности представляет собой один из видов медицинской экспертизы, основная цель которой - оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится в государственных, муниципальных и частных организациях здравоохранения.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности отражает заболеваемость работающего населения, поэтому, кроме медико-социального, она имеет и большое экономическое значение.

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан и подтверждающим их временное освобождение от работы, служит листок нетрудоспособности, который выдается:

- при заболеваниях;
- при травмах, отравлениях и иных состояниях, связанных с временной потерей трудоспособности;
- на период долечивания в санаторно-курортных учреждениях;
- при необходимости ухода за больным членом семьи;
- на период карантина;
- на время протезирования в условиях стационара;
- на период отпуска по беременности и родам;
- при усыновлении ребенка.

Существуют два способа выдачи листков нетрудоспособности: централизованный и децентрализованный. Централизованный способ чаще используется в крупных поликлиниках, где листки нетрудоспособности оформляются в регистратуре или в специализированных кабинетах централизованной выдачи больничных листков.

Медицинская сестра, работающая в этом кабинете, должна уметь правильно заполнять паспортную часть листка нетрудоспособности и пункты, касающиеся освобождения от работы. При децентрализованном способе листок нетрудоспособности оформляется и выдается самим лечащим врачом, в заполнении паспортной части ему помогает медицинская сестра.

Листок нетрудоспособности, помимо лечащего врача, могут выдать фельдшера и зубные врачи медицинских организаций по решению органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники следующих учреждений здравоохранения:

- учреждений скорой медицинской помощи;
- учреждений переливания крови;
- приемных отделений больничных учреждений;
- врачебно-физкультурных диспансеров;
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- учреждений здравоохранения особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);

- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении паспорта или документа, его заменяющего. В случае если гражданин работает у нескольких работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы.

Контроль над соблюдением порядка выдачи листков нетрудоспособности медицинскими работниками осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации.

ЭКСПЕРТИЗА СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Стойкая нетрудоспособность - это длительная либо постоянная потеря трудоспособности или значительное ее ограничение, вызванное хроническим заболеванием (травмой, анатомическим дефектом), приведшим к выраженному нарушению функций организма. В зависимости от степени стойкой нетрудоспособности, устанавливается инвалидность путем проведения медико-социальной экспертизы.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) - это определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функции организма. В России создана трехэтапная система федеральных

государственных учреждений МСЭ, которая включает: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро медико-социальной экспертизы, а также бюро медико-социальной экспертизы в муниципальных образованиях, являющиеся филиалами главных бюро.

На МСЭ направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 мес от даты ее начала;

- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 мес (в отдельных случаях: состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза - свыше 12 мес);

- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей ему лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения), после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

При этом в «Направлении на медико-социальную экспертизу» (ф. 088/у-06) указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

В случае если организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, отказала гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой он имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Специалисты бюро проводят осмотр гражданина и по его результатам составляют программу дополнительного обследования (и проведения реабилитационных мероприятий), после выполнения которой рассматривают вопрос о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

Медико-социальная экспертиза проводится в бюро по месту жительства. В главном бюро медико-социальная экспертиза проводится в случае обжалования гражданином решения бюро, а также по направлению бюро в случаях, требующих специальных видов обследования. В Федеральном бюро медико-социальная экспертиза проводится в случае обжалования гражданином решения главного бюро, а также по направлению главного бюро в случаях, требующих особо сложных специальных видов обследования. Медико-социальная экспертиза может проводиться на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро по состоянию здоровья, что подтверждается заключением организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, или в стационаре, где гражданин находится на лечении, или заочно по решению соответствующего бюро. Экспертиза проводится по заявлению гражданина, которое подается в бюро в письменной форме с приложением «Направления на медико-социальную экспертизу», выданного организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, органом социальной защиты населения) и медицинских документов, подтверждающих нарушение здоровья. Медико-социальная экспертиза проводится специалистами бюро путем обследования гражданина, изучения представленных им документов, анализа социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических и других данных гражданина. Решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом принимается простым большинством голосов специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, на основе обсуждения

результатов его медико-социальной экспертизы. Решение объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения. По результатам медико-социальной экспертизы гражданина составляется акт. В случаях, требующих специальных видов обследования гражданина в целях установления степени ограничения жизнедеятельности (в том числе степени ограничения способности к трудовой деятельности), реабилитационного потенциала, а также получения иных дополнительных сведений, может составляться программа дополнительного обследования, которая утверждается руководителем соответствующего бюро. Указанная программа доводится до сведения гражданина, проходящего медико-социальную экспертизу, в доступной для него форме.

После получения данных, предусмотренных программой дополнительного обследования, специалисты соответствующего бюро принимают решение о признании гражданина инвалидом либо об отказе в признании его инвалидом. В случае отказа гражданина от дополнительного обследования такое решение принимается специалистами на основании имеющихся данных, о чем делается соответствующая запись в акте медико-социальной экспертизы гражданина.

Выписка из акта медико-социальной экспертизы гражданина, признанного инвалидом, направляется в орган, осуществляющий его пенсионное обеспечение, в 3-дневный срок со дня принятия решения о признании его инвалидом.

Гражданину, признанному инвалидом, выдают справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения (или без ограничения) способности к трудовой деятельности, а также индивидуальную программу реабилитации.

Гражданину, не признанному инвалидом, по его желанию выдается справка о результатах медико-социальной экспертизы.

Гражданин может обжаловать решение бюро, подав письменное заявление в вышестоящие инстанции: в главное бюро или Федеральное бюро МСЭ. Также решения, принятые в бюро МСЭ (трех инстанций), гражданин может обжаловать в суде в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. При направлении нетрудоспособного на консультацию, обследование, лечение в медицинскую организацию, находящуюся за пределами административного района ЛН выдается

- а. по решению врачебной комиссии направившей медицинской организации на число дней, необходимых для проезда к месту консультации
- б. по решению врачебной комиссии направившей медицинской организации на число дней, необходимых для проезда, а продлевается с разрешения главного врача консультирующей медицинской организации на весь период обследования (лечения) с учетом дней проезда к месту жительства

- в. по решению врачебной комиссии направившей медицинской организации на весь период обследования (лечения) с учетом времени проезда к месту консультации и обратно

- г. консультирующей медицинской организацией на весь период обследования (лечения)

2. К ограничениям в работе, влекущим за собой установление группы инвалидности относятся

- а. освобождение от дополнительных нагрузок и ночных смен

- б. освобождение от поднятия значительных тяжестей

- в. освобождение от командировок

- г. выполнение работы с неполным рабочим днем

3. Больной М. 45 лет, разнорабочий. Временная нетрудоспособность 3,5 мес. В связи с правосторонней лобэктомией по поводу рака легкого..

Послеоперационное течение без осложнений. Отдаленных метастазов не выявлено. Планируется курс химиотерапии. БМСЭ будет вынесено следующее решение.

- а. временно нетрудоспособен

- б. инвалид 3 группы

- в. инвалид 2 группы

- г. инвалид 1 группы

4. При впервые диагностируемых инкурабельных злокачественных новообразованиях 1 группа инвалидности устанавливается на срок

- а. на 6 месяцев

- б. на 1 год
 - в. на 2 года
 - г. бессрочно
5. В случае одновременного заболевания двух и более детей по уходу за ними выдается:
- а. один листок нетрудоспособности;
 - б. два листка нетрудоспособности;
6. Из перечисленных категорий имеют право на получение ЛН при заболевании или травме
- а. лица, условно освобожденные из мест лишения свободы
 - б. лица, находящиеся под арестом
 - в. лица, проходящие судебно-медицинскую экспертизу
 - г. лица, направленные на принудительное лечение по решению суда
7. Иностранцам гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения ВН выдается
- а. справка произвольной формы
 - б. листок нетрудоспособности
 - в. не выдается никакой документ
8. Укажите для проведения какого обследования в амбулаторных условиях может быть выдан ЛН
- а. колоноскопия
 - б. рентгеноскопия грудной клетки
 - в. подбор контактных линз
 - г. ЭКГ
9. Максимальный срок выдачи ЛН семейным врачом в сельской местности
- а. 15 дней (с последующим направлением больного на ВК ЦРБ)
 - б. 7 дней
 - в. 10 дней
 - г. 1 месяц (с последующим направлением больного на ВК ЦРБ)
10. ВН, превышающая 1 месяц и возникшая в течение первого месяца после увольнения с работы будет удостоверяться ЛН в случае
- а. если человек уволился по собственному желанию
 - б. если увольнение произошло по сокращению штатов
 - в. если увольнение связано с поступлением на учебу в институт
 - г. многодетной матери по уходу за детьми
11. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания ЛН выдается
- а. с первого дня заболевания;
 - б. с пятого дня заболевания;
 - в. со дня окончания отпуска
12. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком старше 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок
- а. до 7 дней;
 - б. до 15 дней;
 - в. до 30 дней;
13. Окончательное решение о необходимости направления на МСЭ принимает
- а. лечащий врач
 - б. заведующий отделением
 - в. заместитель главного врача по ЭВН
 - г. врачебная комиссия
 - д. главный врач
14. При родах, наступивших в сроки до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка общая продолжительность дородового и послеродового отпуска составляет:
- а. 140 календарных дней;
 - б. 156 календарных дней;
 - в). 180 календарных дней;
15. Больной 3. 54 лет, маляр, как длительной болеющий впервые направлен в БСМЭ 15.03. Документы приняты и зарегистрированы 16.03 .
Освидетельствован 17.03. Признан инвалидом 2 группы. Как оформить ЛН.
- а. приступить к работе с 16.03
 - б. в строке «иное» код 32, 16.03
 - в. в строке «иное» код 32, 17.03
 - г. приступить к работе с 17.03
16. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска
- а. выдается листок нетрудоспособности
 - б. выдается справка формы 095/у
 - в. никакой документ не выдается
17. Максимальный срок выдачи ЛН врачом единолично
- а. 7 дней
 - б. 10 дней
 - в. 30 дней
 - г. 15 дней
18. Врачи, занимающиеся частной практикой вне лечебного учреждения, имеют право выдать ЛН на срок не более
- а. 5 дней
 - б. 7 дней
 - в. 10 дней
 - г. 15 дней
 - д. 30 дней
19. Листок нетрудоспособности не выдает
- а. врач скорой медицинской помощи;
 - б. лечащий врач городской поликлиники;
20. При благоприятном прогнозе ВК может продлить ЛН до 12 месяцев в следующих случаях
- а. после инфаркта миокарда
 - б. после инсульта
 - в. при онкологическом заболевании
 - г. по уходу за инвалидом 1 группы
 - д. при туберкулезе

4. Самостоятельная работа на занятии

1. Дополните определение: (ПК 1.2)

Трудоспособность – совокупность физических и духовных возможностей человека, позволяющих ему -----

2. Перечислите критерии нетрудоспособности: (ПК 1.2)

1.

2.

3. Дополните утверждение: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Основная задача экспертизы нетрудоспособности – определение возможности данного человека -----.

4. Нетрудоспособность бывает: (ПК 1.1, ПК 1.2)

1.

2.

5. Временная нетрудоспособность по характеру бывает: (ПК 1.1, ПК 1.2)

1.

2.

6. Вставьте пропущенное слово: (ПК 1.1, ПК 1.2)

В зависимости от степени нарушения функций организма и жизнедеятельности установлены ----- группы инвалидности.

7. Перечислите документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и подтверждающие временное освобождение от работы (учебы): (ПК 1.1, ПК 1.2)

1.

2.

8. Перечислите функции листка нетрудоспособности: (ПК 1.1, ПК 1.2)

1.

2.

3.

9. Перечислите функции справки: (ПК 1.1, ПК 1.2)

1.

2.

10. Дополните утверждение: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Существует два способа выдачи листков нетрудоспособности: централизованный и -----

11. Вставьте пропущенное слово: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Бланки листков нетрудоспособности являются документами ----- отчетности.

12. Дайте определение: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность - это -----

13. Вставьте пропущенное слово: (ПК 1.1, ПК 1.2)

При амбулаторном лечении заболеваний врач единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до ___ календарных дней и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней.

14. Вставьте пропущенное слово: (ПК 1.1, ПК 1.2)

Фельдшер, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно на срок до ___ календарных дней и продлевает его на срок до 10 календарных дней.

5. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

В период очередного отпуска с 1.08. по 28.08, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил травму пальцев кисти правой руки и был нетрудоспособен с 9.08. по 20.08.

1. Будет ли в данном случае выдан листок нетрудоспособности?

2. С какого дня выдается листок нетрудоспособности и на какой срок?

3. С какого дня нетрудоспособности будет оплачиваться листок нетрудоспособности?

4. Будет ли продлен очередной отпуск в данном случае или в предоставленные свободные от работы оплаченные дни в удобный для администрации период года?

5. Какие особенности оформления листка нетрудоспособности в данном случае?

ЗАДАЧА №2

У работницы, находящейся в очередном отпуске с 3.04. по 30.04. ребенок 5 лет заболел ангиной с 13.04. по 26.04.

1. Имеет ли право врач-педиатр, лечивший ребенка, выдать матери ребенка листок нетрудоспособности в связи с уходом за заболевшим ребенком при его амбулаторном лечении?

2. Если лечащий врач ребенка имеет право выдать листок нетрудоспособности в связи с уходом за болеющим ребенком, то укажите на какой срок?

ЗАДАЧА №3

Ребенок в возрасте 9 лет был госпитализирован в детскую больницу в связи с острой пневмонией. В стационаре ребенок находился с 10.03. по 25.03. В последние 4 дня пребывания в больнице состояние ребенка было вполне удовлетворительным. В больнице для ухода за ребенком находилась его мать.

1. Имеет ли право мать на получение листка нетрудоспособности в связи с уходом за болеющим ребенком?

2. На какой срок будет выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в данном случае?

ЗАДАЧА №4

Больной К. находился на лечение в стационаре в терапевтическом отделении с 21/У1 по 26/УП. При выписке из стационара по прогнозу лечащего врача больной до 29/УП.

1. На какой период (с какого по какое число) будет выдан листок нетрудоспособности?

2. Кто должен подписывать листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара?

ЗАДАЧА №5

Рабочий слесарной мастерской 32 лет в связи с травмой нижней конечности находится на листке нетрудоспособности с 5.01. по 7.08. Прогноз при интенсивной реабилитации благоприятный.

1. Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее?

2. Если листок нетрудоспособности будет продлеваться, то кто имеет право это делать?

3. На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности?

4. Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?

6. Ведение медицинской документации в системе ПМСП 2

Тип занятия: Урок (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Ведение медицинской документации в системе ПМСП

1. Вопросы для фронтального опроса

1. Требования к оформлению медицинской карты пациента дневного стационара
2. Требования к оформлению направления на госпитализацию
3. Перечислите рекомендуемый перечень клинико-диагностических исследований, проводимых при подготовке больных для направления в медицинские организации для плановой госпитализации
4. Требования к ведению медицинской карты амбулаторного больного
5. Правила оформления титульного листа медицинской карты амбулаторного больного
6. Хранение медицинских карт амбулаторного больного
7. Требования к оформлению истории развития ребенка
8. Требования к оформлению документов по диспансеризации
9. Правила оформления Информированного согласия
10. Правила заполнения Дневника работы среднего мед.персонала поликлиники

2. Учебный материал

Медицинская документация, с которой встречаются работники ПМСП

1. История развития ребенка ф. № 112/у
2. Карта профилактических прививок ф. № 063/у
3. Контрольная карта диспансерного наблюдения ф. № 030/у
4. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов ф. № 025-2/у
5. Талон на прием к врачу ф. № 025-4/у
6. Санаторно-курортная карта для детей и подростков ф. № 07 б/у
7. Медицинская карта на школьника, отъезжающего в лагерь летнего отдыха ф. № 079/у
8. Мед.заключение на ребёнка (подростка) -- инвалида с детства ф. № 080/у
9. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональным отравлении, необычной реакции на прививку ф. № 058/у
10. Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ, о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение ф. № 095/у
11. Медицинская карта ребенка ф. № 026/у
12. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного ф. № 027/у
13. Направление на консультации ф. № 028/у
14. Карта лечящегося в кабинете лечебной физкультуры ф. № 042/у
15. Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом каб. ф. № 044/у
16. Обменная карта родильного дома ф. № 113/у
17. Дневник врача поликлиники ф. № 0 39-1/у
18. Дневник работы среднего мед.персонала поликлиники ф. № 0 39-1/у
19. Тетрадь учета работы на дому участковой медсестры ф. № 11 б/у
20. Журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у
21. Рецепт (обычный) ф. № 107/у
22. Рецепт (бесплатно, оплата 20%) ф. № 108/у
23. Книга записи вызовов врача на дом ф. № 031/у
24. Книга регистрации листков нетрудоспособности ф. № 036/у
25. Журнал учёта профилактических прививок ф. № 064/у
26. Журнал учёта процедур ф. № 029/у
27. Справка для получения путёвки ф. № 070
28. Перепись детского населения, участка
29. Патронажная сетка по наблюдению за детьми до 1 года
30. Дневник матери.
31. План работы участка
32. Профильный журнал участка ф. № 75-а
33. Бланки лабораторных анализов ф. № 045/у
34. Направление на анализ ф. № 200-246/у
35. Бланки дородового патронажа и патронажа новорожден. Ф. № 114
36. Журнал учёта санпросвет работы ф. № 038-0/у

3. Тестовые задания. Выберите один правильный ответ

1. Назовите основную форму, которая ведется в детской поликлинике на каждого ребенка:(ПК1.1.)
 - а. ф.30
 - б. ф.26
 - в. ф.112
 - г. ф.6
2. Назовите основной документ на ребенка по иммунопрофилактике:(ПК1.3.)
 - а. ф.63
 - б. ф.6
 - в. ф.112
 - г. ф.30
3. Назовите основной документ, который оформляется на ребенка, взятого на "Д" учет:(ПК1.1.)
 - а. ф.30
 - б. ф.63
 - в. ф.112
 - г. ф.025
4. При выписке ребенка после болезни в организованный коллектив оформляют документы:(ПК1.1.)
 - а. ф.63

б.ф.30

в.ф.112

г.статистический талон

5. Все данные о вакцинопрофилактике фиксируются в сертификате профилактических прививок:

а) форма № 156/у-93

б) форма №064/у

в) форма 030/у

г) форма 058/у

6. Основным документом детской поликлиники является история развития ребенка, форма №:

а) форма № 025/у-4

б) форма № 086/у

в) форма № 112/у

г) форма № 063/у

7. Все данные о вакцинопрофилактике фиксируются в сертификате профилактических прививок:

а) форма № 156/у-93

б) форма №064/у

в) форма 030/у

г) форма 058/у

8. Участковый врач не использует одну из форм медицинской документации:

А) карта амбулаторного больного

Б) контрольная карта диспансерного наблюдения

В) история развития ребенка

Г) карта стационарного больного

9. Основным документом взрослой поликлиники является карта амбулаторного больного:

а) форма № 025/у

б) форма № 086/у

в) форма № 112/у

г) форма № 063/у

10. При прохождении диспансеризации заполняется карта учета диспансеризации:

а) форма 131/у

б) форма 030/у

в) форма 025/у

г) форма 112/у

11. Регистратура оформляет амбулаторную карту №:

а) у 03 О/у;

+б) у 025/у;

в) у 040/у;

г) у015/у.

12. Талон амб. Пациента является формой учёта:

а) первичной заболеваемости

б) общей заболеваемости

в) посещаемости

г) участковости

д) госпитализированной заболеваемости

13. «Экстренное извещение» об инфекционном больном следует направить:

а) в управление здравоохранения;

б) в районную бактериологическую лабораторию;

в) в территориальный ЦГСЭН;

г) в дезинфекционную станцию

14. Назовите учетные формы для планирования профилактических прививок в детской поликлинике:

а) ф.063/у и ф.112/у;

б) ф.026/у и ф.112/у;

в) ф.063/у и ф.058/у;

15. Укажите ведущий приказ по планированию профилактических прививок

а) Приказ МЗСР РФ № 229;

б) Приказ МЗСР РФ № 375;

в) Приказ МЗСР РФ №673;

16. Когда ребёнок может быть оформлен в детский сад после перенесённого острого заболевания:

а) не ранее чем через 1 месяц после клинического выздоровления;

б) не ранее чем через 2 недели после клинического выздоровления;

в) не ранее чем через 1 неделю после клинического выздоровления;

17. К учётной документации участкового педиатра не относится:

а) ф.112/у- история развития ребёнка;

б) ф.026/у- индивидуальная карта ребёнка;

в) ф.058/у -экстренное извещение;

г) ф.063/у -карта профилактических прививок

18. Для оформления ребёнка в ДДУ необходимы следующие обследования, кроме:

а) анализ кала на дисбактериоз;

б) анализ периферической крови;

в) биохимический анализ крови;

г) соскоб на энтеробиоз;

д) титр противокоревых антител

19. Дородовый патронаж беременных женщин в детской поликлинике включает:

а) одно посещение перед родами;

б) два посещения;

в) три посещения;

г) не проводится

20. Участковый врач-педиатр, осуществляя патронаж ребёнка первого года жизни, оформляет в ф. 112/у этапные эпикризы:

а) один раз в квартал;

б) 1 раза в полгода;

в) ежемесячно;

г) в конце года

4. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1 Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакцинами АКДС, Имовакс Полио (ИПВ). Предыдущую иммунизацию в 3 месяца вакцинами АКДС, Имовакс Полио, Энджерикс В перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

Задание: 1. Укажите соответствующие формы медицинской документации, которые должен заполнить врач педиатр после проведения поствакцинального патронажа. 2. Запланируйте последующие прививки данному ребенку на первый год жизни. 3. Выпишите рецепт на Фенистил (в капл.) с целью фонового прикрытия для последующей иммунизации данного ребенка.

ЗАДАЧА №2 Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней. Ребенок от 2 беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные atopические заболевания. Роды срочные, путем кесарева сечения, оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Закричала сразу. Масса тела 3100 г, длина – 50 см. К груди приложена в первые сутки, грудь взяла хорошо, сосала активно. При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет хорошо. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, рефлексы периода новорожденности вызываются. Кожные покровы и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3x3 см, не выбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный.

Задание: 1. Укажите соответствующие формы медицинской документации, которые должен заполнить врач педиатр после проведения первичного патронажа. 2. Оформите генеалогическое дерево на данного ребенка. 3. Выпишите рецепт на витамин D для профилактики рахита.

ЗАДАЧА №3 Вася П. 2 года 6 месяцев. Осмотрен врачом педиатром с профилактической целью при оформлении в детское дошкольное образовательное учреждение (ДООУ №256). Объективно: Масса – 14 кг. Длина тела – 91 см. Общее состояние ребенка удовлетворительное, t= 36,6 0С, активен. Сон спокойный. Appetit не нарушен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Тургор тканей удовлетворительный. Отмечается нарушение осанки по типу сколиотической. Слизистая полости рта розовая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 28 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Живот мягкий, доступный пальпации. Стул оформленный, 1 раз в сутки. Мочепускание не нарушено. В возрасте 2 года 3 месяца иммунизирован вакциной «Пневмо-23», реакции на прививку не было.

Задание: 1. Какие формы медицинской документации Вам необходимо заполнить при оформлении ребенка в ДООУ? 2. Оформите направления на консультации к специалистам. 3. Оформите направления на лабораторное исследование.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.02 УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ

2.1. МДК 02.01. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ

Модуль 1. «Сестринский уход при нарушениях здоровья пациентов терапевтического профиля»

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при заболеваниях органов дыхания.

Цель практического занятия: вспомнить организацию сестринского процесса из пройденного, научиться организации сестринского процесса при заболеваниях органов дыхания. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Выработать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Перечень необходимых средств обучения: компьютер, медицинский инструментарий, шприцы. Пинцеты, ампулы с лекарствами, перчатки, дезрастворы, карты сестринского процесса, алгоритмы манипуляций, наборы для выполнения диагностических манипуляций. Бланки анализов. Рентгенограммы. Фантомы. Муляжи.

Содержание заданий и инструкции по выполнению заданий.

Задание № 1.

Вспомните, что такое сестринский процесс. Какие этапы он в себя включает? Какие бывают проблемы пациента? Заполните предлагаемые таблицы.

Сестринский процесс - это

.....
.....

Этапы сестринского процесса	Характеристика этапа
1 -	
2 -	
3 -	
4 -	
5 -	

По каким основным направлениям должен идти сбор информации о пациенте, перечислите:

Какие бывают проблемы пациента, приведите примеры:

Проблема пациента	Пример
1.	
2.	
3.	

Задание № 2. Перечислите дополнительные методы обследования при заболеваниях органов дыхания.

.....
.....

Задание № 3. Дайте характеристику методам обследования, отметьте особенности подготовки пациентов к исследованиям:

лабораторные

рентгенологические -

эндоскопические -

инструментальные -

Задание № 4.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при заболеваниях органов дыхания .

Задание № 5. Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при заболеваниях органов дыхания, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 6. Как вы будете осуществлять реализацию проблем? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 7.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 8.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при заболеваниях органов дыхания.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается. Побочные действия

Задание №9.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больных с заболеваниями органов дыхания.

Заполните таблицу, вставляя пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции.
1. Определение частоты дыхания		----- -----
2. Набор лекарственного вещества из ампулы		1. Слегка встряхните ампулу так, чтобы раствор оказался в ее широкой части. 2. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработайте ампулу (на случай, если все-таки игла коснется наружной поверхности ампулы при наборе лекарственного средства), надпилите ампулу пилочкой и отломите узкий конец ампулы с помощью той же ватки со спиртом. 3. ----- -----

		<p>4. Снимите иглу, которой набирали раствор, положите ее в отдельный "грязный" лоток, и наденьте иглу для инъекций.</p> <p>5.-----</p> <p>-----</p> <p>6. Положите на стерильный лоток шприц, стерильные ватные шарики, смоченные спиртом.</p>
3. Техника внутримышечных инъекций		<p>1. Подготовьте руки к инъекции.</p> <p>2. Соберите шприц емкостью 5-10 мл, приготовьте иглы длиной 60-80 см (одну - для набора лекарства, другую - для инъекции).</p> <p>3. -----</p> <p>-----</p> <p>4. Приготовьте два ватных шарика, смоченных спиртом.</p> <p>5. Определите место инъекции (для этого мысленно разделите ягодицу на 2 часа части, проведя горизонтальную линию через большой вертел бедренной кости, а вертикальную - через седалищный бугор). Инъекции нужно выполнять в верхненаружный квадрант под углом 90° по отношению к поверхности кожи.</p> <p>6. Протереть место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Выполнять внутримышечные инъекции лучше в положении пациента лежа на животе или боку. Тогда наблюдается наиболее полное расслабление мышц. Выполняя инъекции стоя, следует посоветовать пациенту перенести тяжесть тела на противоположную месту инъекции ногу.</p> <p>7. -----</p> <p>-----</p> <p>8. Не переключая шприца из руки в руку, медленно ввести лекарство.</p> <p>9. Приложив к игле ватный шарик, смоченный спиртом, фиксировать иглу, быстро ее извлечь, место слегка помассировать ватным тампоном.</p>
4.Объективное исследование пациента.	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- -----
5.Исследование мокроты на наличие туберкулезных палочек		<p>Проводится методом флотации. При этом мокрота собирается в течение ----- в стерильную плевательницу. Если мокрота выделяется мало, то ее собирают на протяжении ---- суток, сохраняя плевательницу в ----- -- месте.</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники обучения (приложение)

Вопросы для самоконтроля.

Вспомните, что такое сестринский процесс.

Какие этапы он в себя включает?

Какие бывают проблемы пациента при заболеваниях органов дыхания?

Перечислите основные проблемы пациентов

Назовите лекарственные препараты, применяемые для лечения.

Критерии оценки:

оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Оценка (замечания преподавателя) -----

Список рекомендуемой литературы.

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при бронхитах.

Цель практического занятия: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании.

Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Выбатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Перечень необходимых средств обучения: компьютер, медицинский инструментарий, шприцы. Пинцеты, ампулы с лекарствами, перчатки, дезрастворы, карты сестринского процесса, алгоритмы манипуляций, наборы для выполнения диагностических манипуляций. Бланки анализов. Рентгенограммы. Фантомы. Муляжи.

Содержание заданий и инструкции по выполнению заданий.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2. Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается. Побочные действия

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу:

План работы медицинской сестры

(В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

В терапевтическое отделение областной больницы поступил пациент Н., 35 лет, с диагнозом «острый бронхит».

При сестринском обследовании медицинская сестра выявила жалобы на кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, слабость, одышку, снижение работоспособности. Заболел остро, 2 дня назад.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 37,5° С, ЧДД 22 в мин, пульс 100 в минуту, ритмичный, АД 110 и 60 мм рт. ст.

Проблемы пациента	Наблюдение	Пл ан ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

--	--	--	--	--	--

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставляя пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции.
1. Подготовка к спирометрии	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
2. Сбор мокроты на все виды исследования	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----
3. Техника ингаляторного введения лекарств	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте определение бронхитам.

Назовите причины бронхитов?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики при бронхитах

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при пневмонии

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается. Побочные действия.

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу:

(В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования). В терапевтическое отделение областной больницы поступил пациент Н., 35 лет, с диагнозом «острая долевая пневмония с локализацией в нижней доле левого лёгкого»

При сестринском обследовании медицинская сестра выявила жалобы на колющую боль в левой половине грудной клетки, кашель с отделением слизистой мокроты, одышку, повышение температуры тела до 39° С. Заболел остро 2 дня назад.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, больной в сознании, отмечается гиперемия кожных покровов. На губах герпес. Грудная клетка слева отстаёт в акте дыхания. Температура 39,5° С, ЧДД 26 в мин., пульс 100 в минуту ритмичный, малого наполнения, АД 110/60 мм рт. ст.

Больной эйфоричен, считает, что у него нет ничего серьёзного.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильный порядок алгоритмов манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции.
Уход за носом		<p>ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ:</p> <p>ПРИГОТОВИТЬ:</p> <p>-----</p> <p><u>Удаление сухих корочек</u> С помощью пинцета смочить фитильки вазелиновым маслом. Предложить больному дышать через -----Ввести фитильки на -----мин. в носовые проходы. Произвести ими-----, извлечь. <u>Удаление слизи и гноя</u> Удалить под зрительным контролем сухими----- -----, вводя в носовые проходы легкими вращательными движениями.</p>
Подача кислорода		----- ----- -----
Измерение температуры и регистрация в температурном листе		----- ----- -----
Подготовка и участие медсестры в проведении плевральной пункции.	При больших свободных выпотах пункцию осуществляют в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии, а при осумкованных место пункции определяют рентгенологически.	<p>ПРИГОТОВИТЬ:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Установите правильную последовательность процедуры. Пункцию проводят в процедурном кабинете или перевязочной. Возможна премедикация. Врач работает в маске, предварительно обрабатывает руки и надевает перчатки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Место вкола обрабатывают спиртовым раствором йода. - В месте вкола проводят местную анестезию межреберья. - Больного усаживают на стул со слегка согнутой спиной и скрещенными спереди руками. - К наружному концу трубки присоединяют шприц, первые порции содержимого отправляют на анализ, а затем, присоединив трубку к отсасывающему аппарату и сняв зажим, начинают эвакуировать экссудат. Большое количество жидкости следует удалять медленно во избежание быстрого смещения органов средостения. - Указательным пальцем левой руки нащупывают верхний край нижнего (в заданном межреберье) ребра и по нему, точно над ребром, по его краю (чтобы не поранить межрёберные сосуды и нервы) иглой с одетой на неё трубкой, зажатой зажимом, или иглой, насаженной на шприц (чтобы не произошло вхождения воздуха в плевральную полость), коротким движением прокалывают кожу, клетчатку, межрёберные мышцы и париетальный листок плевры. Попадание в плевральную полость ощущается как <i>провал</i> иглы. - Место вкола иглы закрывают стерильной салфеткой и заклеивают пластырем. - Важно на всех этапах процедуры максимально соблюдать герметичность. Затем иглу быстро извлекают, обрабатывают место пункции спиртовым раствором йода и заклеивают стерильной наклейкой.
Техника разведения антибиотиков		<p>ПРИГОТОВИТЬ: флакон пенициллина, шприц емкостью 10 мл, иглу Дюфо, 0,25% р-р новокаина, лоток, стерильные ватные шарики, спирт.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обработать руки. - Ватным тампоном, смоченным спиртом, обработать металлический колпачок флакона. - Пинцетом вскройте центральную часть колпачка. - Ватным тампоном, смоченным спиртом обработать резиновую пробку флакона, собрать шприц. - Прочитать название лекарственного в-ва, его дозировку, срок годности. - Набрать в шприц необходимое кол-во 0,25% новокаина. - Отсоединить шприцы, иглу оставить во флаконе. - Надеть пинцетом на шприц иглу, проколоть резиновую пробку флакона с антибиотиком и ввести р-р новокаина во флакон. - Встряхнуть флакон с иглой до полного растворения антибиотика.
Заполнение одноразовых систем		Алгоритм действий при заполнении системы:

<p>для внутривенных капельных вливаний</p>		<p>1. Проверьте герметичность упаковочного пакета, срок годности, наличие колпачков на иглах. Осмотрите флакон с лекарством, убедитесь в названии, дозировке вводимого лекарства, в сроке годности.</p> <p>2. -----</p> <p>-----</p> <p>3. Вскройте упаковочный пакет и достаньте систему (работать на рабочем столе), положите на крышку стерилизатора, на стерильную салфетку, стерильный лоток.</p> <p>2 часа. Алюминиевую крышку обработайте ватным шариком со спиртом, пинцетом, взятым из дез. раствора, вскройте алюминиевую крышку флакона и обработайте резиновую пробку флакона ватным шариком со спиртом.</p> <p>5. -----</p> <p>-----</p> <p>6. Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы и введите эту иглу в пробку флакона.</p> <p>7. Переверните флакон и закрепите его на штативе.</p> <p>8. Поверните капельницу в горизонтальное положение, снимите иглу с колпачком на конце длинной трубки системы и откройте зажим, медленно заполните капельницу до половины объема.</p> <p>9. -----</p> <p>-----</p> <p>10. Откройте зажим, медленно заполните систему (то есть длинную трубку) до полного вытеснения воздуха и появления капель из соединительной канюли в резиновой трубке.</p> <p>11. Проверьте отсутствие пузырьков воздуха в системе - система заполнена.</p> <p>12. Положите в стерильный лоток пять ватных шариков, иглу с колпачком, стерильную салфетку. Приготовьте две полоски лейкопластыря, жгут, подушечку, перчатки.</p> <p><u>Последовательность действий при подсоединении системы:</u></p> <p>1. Наденьте перчатки.</p> <p>2. Наложите жгут, обработайте перчатки двумя ватным шариками, смоченными спиртом.</p> <p>3. -----</p> <p>-----</p> <p>2 часа. Произведите венепункцию иглой от системы.</p> <p>5. Когда из канюли иглы покажется кровь, развяжите жгут, откройте зажим и "струя в струю" соедините иглу с системой.</p> <p>6. Закрепите иглу двумя лейкопластырями.</p> <p>7. Вытрите кровь ватным тампоном, смоченным спиртом, положите использованный тампон в 3% раствор хлорамина.</p> <p>8. -----</p> <p>-----</p> <p>9. Закройте стерильной салфеткой. Во время вливания следите за самочувствием пациента, за иглой, чтобы не вышла из вены, за количеством капель, чтобы поступал раствор, не было перегиба трубок.</p>
<p>Подготовьте комплекс упражнений для больного с пневмонией.</p>		<p>-----</p>
<p>Дайте советы больному пневмонией по питанию.</p>		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.
Оформите дневники дуального обучения (приложение 1)
Вопросы для самоконтроля.
Дайте определение пневмониям.
Назовите причины пневмоний?
Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?
Перечислите принципы лечения
Как осуществляется сестринский уход
Назовите принципы профилактики при пневмониях

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
контроль записей;
устное собеседование

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.**Тема: Осуществление сестринского ухода при бронхиальной астме.**

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

карманным ингалятором		<p>ПРИГОТОВИТЬ: ----- ----- ----- -----</p> <p>-</p> <p>Предложить больному: а) сделать глубокий выдох б) охватить губами мундштук ингалятора в) нажать на дно, одновременно делая вдох г) задержать дыхание на несколько секунд Извлечь мундштук изо рта, предложить больному медленно выдохнуть. ----- -----</p>
Проведение пикфлоуметрии		----- ----- ----- ----- -----
Ведение дневника самонаблюдений		----- ----- ----- -----

Составьте примерную программу занятий в школе для больных с бронхиальной астмой.

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

- Дайте определение бронхиальной астме.
- Назовите причины бронхиальной астмы?
- Что такое аллерген?
- Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?
- Перечислите принципы лечения.
- Назовите осложнения
- Как осуществляется сестринский уход
- Назовите принципы профилактики при бронхиальной астме
- В чем суть гипоаллергенной диеты?

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

- текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
- контроль записей;
- устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при хронической обструктивной болезни легких и дыхательной недостаточности.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

В отделении находится пациент 2 часа 0 лет с диагнозом: ХОБЛ. Хронический бронхит, обострение. ДН 2. Жалобы на одышку, слабость, повышение температуры, тяжесть в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой.

ОБЪЕКТИВНО: температура 37,5° С, ЧСС 108 в минуту, ЧДД 28 в минуту, АД 120/90 мм рт. ст. В легких слева ослабленное дыхание, справа жесткое, влажные и сухие хрипы. Перкуторно притупление, при рентгенологическом исследовании выявляется расширение корней легких, округлые тени с тенденцией к слиянию слева, признаки эмфиземы и пневмосклероза.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					

Приоритетная					
--------------	--	--	--	--	--

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –
Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстанавливая верную последовательность в алгоритмах манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Правила ухода за подключенным катетером		Если у пациента имеется подключенный катетер, необходимо: - после каждого вливания заполнить катетер раствором гепарина (0,1 – 0,2 мл гепарина на 5 мл физиологического раствора), проколоть пробку тонкой иглой и удалить иглу со шприцем, не снимая пробки; - внутривенные вливания проводить путем прокалывания пробки иглой, предварительно обработав ее спиртом; - ежедневно обрабатывать кожу вокруг катетера спиртом и накладывать асептическую повязку.
Проведение позиционного дренажа		----- ----- ----- -----
Введение дополнительных лекарственных веществ в вену во время внутривенного капельного вливания		? Набрать в стерильный шприц лекарственное средство, надеть иглу. ? Обработать резиновую трубку системы ватным шариком со спиртом. ? Пережать резиновую трубку кровоостанавливающим зажимом, выше места прокола. ? Проколоть резиновую трубку иглой шприца, ввести лекарственное в-во. ? Снять зажим с трубки.
Смена нательного белья	Разъяснить суть манипуляции и ее цель, успокоить	Алгоритм действия 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента. 3. ----- ----- 2 часа. Приподнимите обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку переведите через голову пациента. 5. Затем снимите рукава. Если у пациента повреждена рука, то рубашку сначала снимите со здоровой руки, а затем с больной. 6. ----- ----- 7. Одевают пациента в обратном порядке: вначале наденьте рукава (сначала на больную руку, затем на здоровую, если одна рука повреждена), потом перекиньте рубашку через голову и, расправьте под телом пациента. 8. ----- -----
Составьте план беседы с больным по отказу от курения		----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения (приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте определение ХОБЛ.

Назовите причины ХОБЛ?

Дайте понятие дыхательной недостаточности.

Назовите виды ДН.

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики при ХОБЛ

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
контроль записей;
устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 . Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия : Осуществление сестринского ухода при абсцессе и бронхоэктатической болезни лёгких.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Выбатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием.

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

В отделении находится пациент 2 часа 0 лет с диагнозом: Бронхоэктатическая болезнь. Абсцедирующая пневмония нижней доли слева, хронический бронхит. Жалобы на одышку, слабость, жар, боли в грудной клетке при дыхании, кашель с гнойной зловонной мокротой. Болен 10 лет, периодически обострения, настоящее ухудшение в течение 3 дней. Заболел после переохлаждения.

ОБЪЕКТИВНО: кожа бледно землистая, истощен, температура 39,5° С, ЧСС 98 в минуту, ЧДД 28 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. В легких отставание левой половины грудной клетки в дыхании, перкуторно притупление, аускультативно дыхание везикулярное ослабленное, влажные и сухие хрипы, при рентгенологическом исследовании выявляются округлые тени с тенденцией к слиянию.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстанавливая верную последовательность в алгоритмах манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Введение дополнительных лекарственных в-в в вену во время внутривенного капельного вливания		<ul style="list-style-type: none"> ? Набрать в стерильный шприц лекарственное средство, надеть иглу. ? Обработать резиновую трубку системы ватным шариком со спиртом. ? Пережать резиновую трубку кровоостанавливающим зажимом, выше места прокола. ? Проколоть резиновую трубку иглой шприца, ввести лекарственное в-во. ? Снять зажим с трубки.
Пользование индивидуальной плевательницей		----- ----- -----
Постановка системы для внутривенного капельного вливания		<p>Алгоритм действий при заполнении системы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверьте герметичность упаковочного пакета, срок годности, наличие колпачков на иглах. Осмотрите флакон с лекарством, убедитесь в названии, дозировке вводимого лекарства, в сроке годности. 2. ----- ----- 3. Вскройте упаковочный пакет и достаньте систему (работать на рабочем столе), положите на крышку стерилизатора, на стерильную салфетку, стерильный лоток. 4. часа. Алюминиевую крышку обработайте ватным шариком со спиртом, пинцетом, взятым из дез. раствора, вскройте алюминиевую крышку флакона и обработайте резиновую пробку флакона ватным шариком со спиртом. 5. Снимите колпачок с иглы воздуховода (короткая трубка с фильтром) и введите ее до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепите на флаконе аптечной резинкой на уровне дна флакона. 6. Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы и введите эту иглу в пробку флакона. 7. ----- ----- 8. Поверните капельницу в горизонтальное положение, снимите иглу с колпачком на конце длинной трубки системы и

		<p>откройте зажим, медленно заполните капельницу до половины объема.</p> <p>9. Закройте зажим и возвратите капельницу в исходное положение. Фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания.</p> <p>10. Откройте зажим, медленно заполните систему (то есть длинную трубку) до полного вытеснения воздуха и появления капель из соединительной канюли в резиновой трубке.</p> <p>11. -----</p> <p>12. Положите в стерильный лоток пять ватных шариков, иглу с колпачком, стерильную салфетку. Приготовьте две полоски лейкопластыря, жгут, подушечку, перчатки.</p> <p><u>Последовательность действий при подсоединении системы:</u></p> <p>? Наложите жгут, обработайте перчатки двумя ватными шариками, смоченными спиртом.</p> <p>? Обработайте двумя стерильными шариками место инъекции.</p> <p>? Произведите венепункцию иглой от системы.</p> <p>? Наденьте перчатки.</p> <p>? Отрегулируйте количество капель (2 часа-60 в мин. или по назначению врача).</p> <p>? Когда из канюли иглы покажется кровь, развяжите жгут, откройте зажим и "струя в струю" соедините иглу с системой,</p> <p>? Закрепите иглу двумя лейкопластырями.</p> <p>? Вытрите кровь ватным тампоном, смоченным спиртом, положите использованный тампон в 3% раствор хлорамина.</p> <p>? Закройте стерильной салфеткой. Во время вливания следите за самочувствием пациента, за иглой, чтобы не вышла из вены, за количеством капель, чтобы поступал раствор, не было перегиба трубок.</p>
<p>Смена нательного белья</p>	<p>Разъяснить суть манипуляции и ее цель, успокоить</p>	<p><u>Алгоритм действия</u></p> <p>1. Вымойте руки, наденьте перчатки.</p> <p>2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.</p> <p>3. -----</p> <p>4. 2 часа. Приподнимите обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку переведите через голову пациента.</p> <p>5. Затем снимите рукава. Если у пациента повреждена рука, то рубашку сначала снимите со здоровой руки, а затем с больной.</p> <p>6. -----</p> <p>7. Одевают пациента в обратном порядке: вначале наденьте рукава (сначала на больную руку, затем на здоровую, если одна рука повреждена), потом перекиньте рубашку через голову и, расправьте под телом пациента.</p> <p>8. -----</p>
<p>Техника внутримышечных инъекций</p>		<p><u>Алгоритм действия:</u></p> <p>1. Подготовьте руки к инъекции</p> <p>2. Соберите шприц емкостью 5-10 мл, приготовьте иглы длиной 60-80 см (одну - для набора лекарства, другую - для инъекции).</p> <p>3. -----</p> <p>4. 2 часа. Приготовьте два ватных шарика, смоченных спиртом.</p> <p>5. Определите место инъекции (для этого мысленно разделите ягодицу на 2 часа части, проведя горизонтальную линию через большой вертел бедренной кости, а вертикальную - через седалищный бугор). Инъекции нужно выполнять в верхненаружный квадрант под углом 90° по отношению к поверхности кожи.</p> <p>6. Протереть место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом. Выполнять внутримышечные инъекции лучше в положении пациента лежа на животе или боку. Тогда наблюдается наиболее полное расслабление мышц. Выполняя инъекции стоя, следует посоветовать пациенту перенести тяжесть тела на противоположную месту инъекции ногу.</p> <p>7. -----</p> <p>8. Не переключая шприца из руки в руку, медленно ввести лекарство.</p> <p>9. Приложив к игле ватный шарик, смоченный спиртом, фиксировать иглу, быстро ее извлечь, место слегка помассировать ватным тампоном.</p>

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

М/с посещает на дому пациента 70 лет с диагнозом: рак легкого IV степени для введения обезболивающих средств. Внезапно у пациента во время сильного приступа кашля начала выделяться изо рта алая пенная кровь.

ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжелое, больной истощен, испытывает страх, кожные покровы землистого цвета. При кашле выделяется алая пенная кровь.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Исследование на атипичные (опухолевые) клетки		Свежевыделенную мокроту собирают в плевательницу и ----- направляют в лабораторию, т.к. опухолевые клетки быстро разрушаются.
Подготовка пациентов к бронхоскопии		Бронхоскопия – метод визуального (зрительного) исследования внутренней поверхности трахеи и бронхов с помощью специального прибора – ----- . Диагностическая бронхоскопия предпринимается с целью ----- диагноза при опухолях трахеи или бронхов, гнойных заболеваниях бронхов и легких, туберкулезе легких и др. заболеваниях дыхательных путей. Лечебная бронхоскопия производится с целью ----- Бронхоскопию производят натощак или через ----- часа после легкого завтрака в перевязочной или эндоскопической. Бронхоскопия в положении сидя может осуществляться только под ----- анестезией.
Рентгенологические исследования органов грудной клетки		Перед исследованием пациента освобождают от -----
Техника подкожной инъекции		1. ----- 2. Соберите шприц емкостью от 1 до 5 мл, приготовьте две иглы, одну для набора лекарств (с широким просветом), другую –

		<p>длиной 20-30 мм, для инъекции. Надеть на шприц иглу с широким просветом.</p> <p>3. ----- -----</p> <p>4. Наберите лекарство из ампулы или флакона, придерживая ампулу или флакон на игле пальцем. Набрать от 1 до 5 мл (по назначению врача).</p> <p>5. Смените иглу и, подняв шприц вертикально на уровне глаз, освободите его от лишнего лекарства и пузырьков воздуха, проверив ее проходимость.</p> <p>6. ----- -----</p> <p>7. Предложите пациенту освободить место инъекции. Это может быть наружная поверхность плеч и бедер, подлопаточная область, боковые поверхности передней брюшной стенки. Обработать место инъекции спиртом, сначала одним ватным шариком большую поверхность, затем другим - непосредственно место инъекции. Второй шарик не выбрасывайте, а зажмите в руке мизинцем.</p> <p>8.левой рукой соберите кожу в складку, а правой, держа шприц под острым углом (около 2 часа⁵), введите иглу на глубину 2/3 длины, срез иглы должен быть направлен вверх. Не переключая шприц в другую руку, введите лекарство. Вторую ватку со спиртом приложить к месту инъекции и, придерживая иглу пальцем, резким движением извлеките ее из мягких тканей.</p> <p>левой рукой с ватным шариком слегка ----- --- место введения лекарства, чтобы оно лучше распределялось в подкожно-жировой клетчатке.</p> <p>При подкожных инъекциях возможны осложнения: ----- ----- ----- -----</p>
--	--	---

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте определение плевритам.

Что такое экссудативный плеврит?

Дайте понятие раку легких.

Приведите классификацию.

Назовите причины плевритов?

Назовите причину рака легких?

Дайте понятие канцерогенам.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при функциональных нарушениях сердечно - сосудистой системы.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

Пациент 18 лет поступил в кардиологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом: НЦД. Кардионевроз. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на боли в сердце, усиливающиеся при волнении, слабость, потливость, плохой аппетит, плохой сон. Болен около 2 месяцев. Пациент обеспокоен своим состоянием, тревожится за будущее, так как занимается спортом.

ОБЪЕКТИВНО: температура 36,8° С, состояние удовлетворительное, в сознании, положение в постели активное. Кожные покровы обычной окраски, ЧДД 20 мин., пульс 88 в мин., ритмичен, удовлетворительных качеств, АД 120 на 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценки
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстанавливая верный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка	Основные этапы выполнения

	пациента	манипуляции
Техника разведения антибиотиков		<p>Чаще всего внутримышечно вводят антибиотики. Антибиотики для инъекций выпускают в виде ----- порошка в специальных флаконах. Перед употреблением его растворяют в стерильном изотоническом растворе хлорида натрия (физиологический раствор -----% натрия хлорида), воде для инъекций или -----% растворе новокаина.</p> <p>Разберем правила разведения антибиотиков.</p> <p>Наиболее популярным является антибиотик пенициллин (бензилпенициллина натриевая или калиевая соль). Он выпускается во флаконах по 250 000, 500 000, 1 000 000 ЕД. Дозируется в единицах действия.</p> <p>Пенициллин лучше растворять в 0,25% или 0,5% растворе -----, т. к. он лучше задерживается в организме. При индивидуальной непереносимости новокаина используют ----- или воду для инъекций.</p> <p>Существует правило: В 1 МЛ РАСТВОРА ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬСЯ ----- ЕД. ПЕНИЦИЛЛИНА</p> <p>Таким образом, если во флаконе 1 000 000 ЕД, то надо брать ----- мл новокаина.</p>
Подсчет и регистрация ЧДД		----- ----- ----- -----
Подсчет и регистрация ЧСС		----- ----- ----- ----- ----- -----
Измерение и регистрация АД		----- ----- ----- ----- ----- -----
Аускультация сердца		----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Вспомните строение сердца.

Дайте понятие большому и малому кругу кровообращения.

Назовите функции сердца.

Дайте определение ФЗССС.

Назовите причины ?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики при ФЗССС.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

c

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ
<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при гипертонической болезни.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Выбатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием.

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

В терапевтическое отделение областной больницы поступила пациентка 50 лет с жалобами на сильную головную боль в затылочной области, рвоту, мелькание мушек перед глазами. Ухудшение состояния связывает со стрессовой ситуацией.

Медсестра отделения при объективном обследовании выявила: состояние тяжелое, возбуждена, кожные покровы лица гиперемированы, пульс – 100 уд. в мин., ритмичный, напряжен, АД – 220/110 мм рт. ст.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильную последовательность в выполнении алгоритмов манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Набор лекарственного вещества из ампулы		<p>1. Слегка встряхните ампулу так, чтобы раствор оказался в ее широкой части.</p> <p>2. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработайте ампулу (на случай, если все-таки игла коснется наружной поверхности ампулы при наборе лекарственного средства), надпилите ампулу пилочкой и отломите узкий конец ампулы с помощью той же ватки со спиртом.</p> <p>3. Возьмите ампулу, осторожно введите в нее иглу, срезом вниз, потянув поршень на себя, наберите нужное количество раствора (если ампула большая - 5, 10 или 20 мл, можно постепенно, набирая раствор, приподнимать дно ампулы).</p> <p>4. -----</p> <p>-----</p> <p>5. Закрепите иглу, проверьте ее проходимость, пропустив через иглу немного раствора из шприца, держите при этом шприц вертикально так, чтобы он находился на уровне глаз.</p> <p>6. -----</p> <p>-----</p>
Измерение АД		<p>Запишите алгоритм измерения АД</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Приготовление постели больному		<p>ПРИГОТОВИТЬ: -----</p> <p>-----</p> <p>Осмотреть сетку кровати, она должна быть упругой, матрас с ровной поверхностью, подушки мягкие – перовая и пуховая.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Расправить простыню, края завернуть под матрас.</p> <p>Надеть наволочки, взбить подушки и уложить у изголовья постели так, чтобы перовая лежала прямо и выдавалась немного из-под пуховой, которая должна упираться в спину кровати.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Вдеть одеяло в пододеяльник.</p> <p>Уложить больного, придать ему функциональное положение в постели, согласно его состоянию:</p> <p>а) полусидя – с помощью -----</p> <p>-----</p> <p>б) горизонтально – без -----</p> <p>в) с возвышенным положением ног - -----</p> <p>-----</p> <p>Укрыть больного одеялом.</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ:</p> <p>Тяжелобольному на постель положить -----</p> <p>-----, поверх ее пеленку и тщательно подогнуть края.</p> <p>Придать больному ----- положение в постели можно, пользуясь подвижными секциями функциональной кровати.</p>

Определение наличия отеков		----- ----- ----- -----
Распрос пациента		----- ----- ----- -----
Измерение А/Д		----- ----- ----- -----
Исследование пульса.		----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения (приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие артериальным гипертензиям..

Дайте понятие гипертонической болезни..

Назовите виды артериальных гипертензий..

Дайте понятие артериальному давлению..

Назовите причины гипертонической болезни?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики при ГБ.

Назовите особенности питания при ГБ

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при ревматизме

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования
-------------------	---------------------

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

Пациент 18 лет поступил в кардиологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом: ревматизм, активная фаза. Полиартрит. Узловая эритема. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на сильные боли в коленных суставах, усиливающиеся при движениях, ограничение движений, слабость, потливость, плохой аппетит, плохой сон. Болен около 2 недель, когда после перенесённой ангины появились боли в голеностопных суставах, их покраснения, поднялась температура до 37,5° С. Пациент обеспокоен своим состоянием, тревожится за будущее, так как занимается спортом.

ОБЪЕКТИВНО: температура 37,8° С, состояние удовлетворительное, в сознании, положение в постели вынужденное. Кожные покровы обычной окраски, в области голеней плотные гиперемированные узлы. Коленные суставы увеличены в объёме, гиперемированы, резко болезненные при пальпации, движения в них резко болезненные, ограничены. ЧДД 20 мин., пульс 88 в мин., ритмичен, удовлетворительных качеств, АД 120 на 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

--	--	--	--	--	--

Цели: краткосрочная

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстанавливая верный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Техника разведения антибиотиков		<p>Чаще всего внутримышечно вводят антибиотики. Антибиотики для инъекций выпускают в виде ----- порошка в специальных флаконах. Перед употреблением его растворяют в стерильном изотоническом растворе хлорида натрия (физиологический раствор ----- % натрия хлорида), воде для инъекций или ----- % растворе новокаина.</p> <p>Разберем правила разведения антибиотиков.</p> <p>Наиболее популярным является антибиотик пенициллин (бензилпенициллина натриевая или калиевая соль). Он выпускается во флаконах по 250 000, 500 000, 1 000 000 ЕД. Дозируется в единицах действия.</p> <p>Пенициллин лучше растворять в 0,25% или 0,5% растворе -----, т. к. он лучше задерживается в организме. При индивидуальной непереносимости новокаина используют ----- или воду для инъекций.</p> <p>Существует правило: В 1 МЛ РАСТВОРА ДОЛЖНО СОДЕРЖАТЬСЯ ----- ЕД. ПЕНИЦИЛЛИНА</p> <p>Таким образом, если во флаконе 1 000 000 ЕД, то надо брать ----- мл новокаина.</p>
Правила взятия биопроб для бактериологического исследования		<p>Любой материал для бактериологических исследований необходимо собирать только в ----- посуду, соблюдая правила -----, и до лечения антибактериальными препаратами (посуда готовится в бактериологической лаборатории). Собранный материал должен быть доставлен в лабораторию, возможно в короткие сроки, но не позже ----- часа после забора. В исключительных случаях материал может храниться при комнатной температуре (кровь на стерильность) и в холодильнике при t= -----° до 2-2 часа часов – весь остальной материал. Транспортировка проб в лабораторию должна осуществляться в ----- емкостях с соблюдением правил ----- безопасности. Материал, направляемый на бактериологические исследования, сопровождается направлением, где необходимо указать: -----</p>

<p>Техника венепункции с целью внутривенного струйного введения в-в (внутривенная инъекция)</p>		<p>? Вымойте руки с мылом под краном, высушите их под электросушилкой или полотенцем, обработайте двумя ватными шариками, смоченными спиртом: один - для ладоней, другой - для тыльной части руки.</p> <p>? Приготовьте две иглы (одна для набора лекарства, другая для венепункции).</p> <p>? Прочитайте надпись, дозу на ампуле, наберите лекарство из ампулы. При наборе лекарств, применяемых в малых дозах (например, сердечные гликозиды применяют в дозах от 0,1 до 0,5 мл), применяется растворитель 20-2 часа 0% раствор глюкозы, изотонический раствор поваренной соли, вода для инъекций. Вначале наберите сердечные гликозиды, а затем раствор для разведения, для лучшего перемешивания раствора.</p> <p>? Смените иглу, закрепите ее, проверьте ее проходимость.</p> <p>? Соберите шприц емкостью 10-20 мл стерильным пинцетом.</p> <p>? Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном веществе.</p> <p>? Наденьте перчатки.</p> <p>? Приготовьте не менее 5 шариков, смоченных спиртом.</p> <p>? Под локоть пациента подложите клеенчатую подушку, наложите жгут на плечо пациента (на 5 см выше локтевого сгиба на салфетку). При этом пульс на лучевой артерии на должен изменяться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. Если наполнение пульса на лучевой артерии ухудшилось - ослабить жгут, если локтевая вена прощупывается плохо, конечность не багровеет, следует сильнее затянуть жгут.</p> <p>? Обработайте перчатки спиртом.</p> <p>? Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, одновременно обработайте место инъекции одним ватным шариком, смоченным спиртом (широкая обработка от периферии к центру).</p> <p>? Возьмите шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал иглу сверху, проверьте проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце.</p> <p>? Обработайте место инъекции вторым ватным шариком.</p> <p>? Натяните левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вену. Пациента попросите сжать кулак.</p>
---	--	--

		<p>? Не меняя позиции шприца в руке, игла срезом вверх, шприц параллельно коже, сделайте прокол кожи на 1/3 длины иглы, так чтобы она была параллельна коже, затем слегка меняете направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите "попадание в пустоту".</p> <p>? Убедитесь, что игла в вене - потяните поршень на себя - в шприце должна появиться кровь.</p> <p>? Развяжите жгут левой рукой, потянув на себя один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак.</p> <p>? Не меняя положения шприца, левой рукой нажмите на поршень и медленно введите лекарство, оставив в шприце 1 мм.</p> <p>? Прижмите к месту инъекции 3-й стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлеките иглу, попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе (ватку со спиртом оставляете на 5 минут, после чего вату со следами крови замочите в 3% растворе хлорамина).</p>
Подача кислорода		----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие ревматической лихорадке

Дайте понятие эндомиокардиту..

Назовите виды клинических проявлений заболевания

Дайте понятие ревматическому артриту.

Что такое нейроревматизм?

Назовите причины болезни?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики .

Назовите особенности питания

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при приобретенных пороках сердца.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен фрагмент сестринского обследования).

Пациент 36 лет поступил в кардиологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом: ревматизм, активная фаза. Ревматический эндокардит. Недостаточность митрального клапана. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на слабость, одышку, потливость, плохой аппетит, плохой сон. Болен около 20 лет, когда после перенесённой ангины появились боли в сердце, лечился ежегодно в стационаре. Последние 3 года появилась одышка, отеки на ногах. Пациент обеспокоен своим состоянием, тревожится за будущее, так как не может выполнять работу в огороде и по дому.

ОБЪЕКТИВНО: температура 37,8° С, состояние удовлетворительное, в сознании, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, акроцианоз. ЧДД 26 мин., пульс 108 в мин., ритмичен, удовлетворительных качеств, АД 120 на 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. На ногах пастозность.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстанавливая верный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Техника регистрации ЭКГ		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Подготовка и участие медсестры в проведении Холтеровского мониторирования		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Техника венопункции с целью внутривенного струйного введения в-в (внутривенная инъекция)		<p>Установите правильную последовательность:</p> <p>? Вымойте руки с мылом под краном, высушите их под электросушилкой или полотенцем, обработайте двумя ватными шариками, смоченными спиртом: один - для ладоней, другой - для тыльной части руки.</p> <p>? Приготовьте две иглы (одна для набора лекарства, другая для венопункции).</p> <p>? Прочитайте надпись, дозу на ампуле, наберите лекарство из ампулы. При наборе лекарств, применяемых в малых дозах (например, сердечные гликозиды применяют в дозах от 0,1 до 0,5 мл), применяется растворитель 20-2 часа0% раствор глюкозы, изотонический раствор поваренной соли, вода для инъекций. Вначале наберите сердечные гликозиды, а затем раствор для разведения, для лучшего перемешивания раствора.</p> <p>? Смените иглу, закрепите ее, проверьте ее проходимость.</p> <p>? Соберите шприц емкостью 10-20 мл стерильным пинцетом.</p> <p>? Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном веществе.</p> <p>? Наденьте перчатки.</p> <p>? Приготовьте не менее 5 шариков, смоченных спиртом.</p> <p>? Под локоть пациента подложите клеенчатую подушку, наложите жгут на плечо пациента (на 5 см выше локтевого сгиба на салфетку). При этом пульс на лучевой артерии на должен изменяться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. Если наполнение пульса на лучевой артерии ухудшилось - ослабить жгут, если локтевая вена прощупывается плохо, конечность не багровеет, следует сильнее затянуть жгут.</p> <p>? Обработайте перчатки спиртом.</p> <p>? Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, одновременно обработайте место инъекции одним ватным шариком, смоченным спиртом (широкая обработка от периферии к центру).</p> <p>? Возьмите шприц в правую руку так, чтобы указательный палец фиксировал иглу сверху, проверьте проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце.</p> <p>? Обработайте место инъекции вторым ватным шариком.</p> <p>? Натяните левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вену. Пациента попросите сжать кулак.</p> <p>? Не меняя позиции шприца в руке, игла срезом вверх, шприц параллельно коже, делайте прокол кожи на 1/3 длины иглы, так чтобы она была параллельна коже, затем слегка меняете направление и осторожно пунктируйте вену, пока не ощутите "попадание в пустоту".</p> <p>? Убедитесь, что игла в вене - потяните поршень на себя - в шприце должна появиться кровь.</p> <p>? Развяжите жгут левой рукой, потянув на себя один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак.</p> <p>? Не меняя положения шприца, левой рукой нажмите на поршень и медленно введите лекарство, оставив в шприце 1 мм.</p> <p>? Прижмите к месту инъекции 3-й стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлеките иглу, попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе (ватку со спиртом оставляете на 5 минут, после чего вату со следами крови замочите в 3% растворе хлорамина).</p>
Подача кислорода		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Кормление тяжелобольных		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения (приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

- Дайте понятие приобретенным порокам сердца
- Дайте понятие стенозу и недостаточности клапанов.
- Назовите виды пороков
- Дайте понятие комбинированного и сочетанного порока
- Назовите причины пороков?
- Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?
- Перечислите принципы лечения
- Как осуществляется сестринский уход
- Назовите принципы профилактики.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.
оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.
оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

- текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
- контроль записей;
- устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия:

Осуществление сестринского ухода при заболеваниях сердечно-сосудистой системы с синдромом коронарной недостаточности.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Грамотно осуществлять сестринский процесс у больных с данной патологией. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании, а также и возможные осложнения:

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия. Включите в неё возможные осложнения и заполните таблицу:

(В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

На приеме в поликлинике пациент 55 лет, работает директором фирмы (боится потерять работу), у которого после физической и эмоциональной нагрузки возникают сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, левую лопатку; в покое и после приема 1 таблетки нитроглицерина боли быстро проходят. Подобные жалобы появились впервые, ранее ничем не болел.

Медсестра при объективном обследовании выявила: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 76 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильный ход алгоритмов манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Основные элементы ухода за тяжелобольным		<p>ПРИГОТОВИТЬ: чистую простыню, пододеяльник, 2 наволочки.</p> <p>Снять одеяло, сменить пододеяльник, положить на спинку кровати.</p> <p>Смену простыни производить в зависимости от состояния больного.</p> <p><u>Больному разрешено поворачиваться</u></p> <p>Чистую простыню скатать до половины валиком, положить на спинку кровати.</p> <p>-----</p> <p>Грязную простыню скатать по всей длине валиком, по направлению к больному.</p> <p>-----</p> <p>Повернуть больного на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.</p> <p>-----</p> <p><u>Больному запрещены активные движения в постели</u></p> <p>чистую простыню скатать валиком в продольном направлении, как бинт, положить у спинки головного края кровати.</p> <p>-----</p> <p>Валик чистой простыни положить на освободившееся место, расправить по направлению поясницы больного к валику грязной, больного опустить.</p>

		<p>Левую руку подвести под поясницу больного, убрать грязную простыню, а чистую расправить по направлению к ножному концу, подвернуть.</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Уход за кожей, обтирание тела больного		<p>ПРИГОТОВИТЬ: чистое полотенце, кувшин с теплой водой, вату, корнцанг, наволочку, камфорный спирт, чистое нательное белье, резиновый круг. Вымыть руки горячей водой с мылом.</p> <p>Смочить край полотенца теплой водой, поливая из кувшина над тазом.</p> <p>-----</p> <p>Протереть кожу лица, заушную область и шею влажным концом полотенца, затем сухим.</p> <p>-----</p> <p>Смочить полотенце теплой водой, отжать и произвести обтирание верхней части туловища (сначала одну руку, затем другую, грудь и спину), вытереть насухо.</p> <p>-----</p> <p>Обнажить нижнюю часть туловища и произвести обтирание кожи живота, ягодиц, промежности и ног, таким же образом, укрыть одеялом.</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Мытье ног в постели		<p>ПРИГОТОВИТЬ: таз с теплой водой, мыло, чистую мочалку, полотенце и ножницы.</p> <p>Подложите ножной конец матраца валиком до поясницы больного.</p> <p>-----</p> <p>Откиньте одеяло, ноги больного опустите в таз, согнув колени.</p> <p>-----</p> <p>Осмотрите ногти на ногах, при необходимости – остригите их.</p> <p>Уберите предметы ухода, укройте больного одеялом.</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Определение водного баланса		<p>ПРИГОТОВИТЬ: стеклянные баночки емкостью 3,0 и 0,5 л, мерный сосуд, лист бумаги и карандаш.</p> <p><u>Накануне вечером:</u></p> <p>а) -----</p> <p>-----</p> <p>б) показать, где находится банка емкостью 3,0 л</p> <p>в) -----</p> <p>-----</p> <p>г) наклеить на 3 л банку этикетку по образцу и поставить в санитарной комнате, в прохладное место</p> <p>Утром:</p> <p>а) -----</p> <p>-----</p> <p>б) объяснить больному, чтобы он записывал в течение суток количество выпитой жидкости (чай, компот, суп, молоко и т.д.), учитывая жидкие лекарства и воду, кол-во принятых фруктов</p> <p>В течение дня проконтролировать сбор мочи и правильность записи принятой жидкости больным.</p> <p>Следующим утром -----</p> <p>-----</p> <p>а) инъекциями, внутривенными капельными вливаниями</p> <p>б) с пищей, зная что в супе -----% жидкости (около 150 мл), в стакане – 250 мл</p> <p>Внести данные измерения суточного диуреза и кол-ва введенной жидкости в п.д. лист.</p> <p>Произвести расчет водного баланса: например – больной принял за сутки 1200 мл жидкости, выделил 650 мл мочи</p> <p>1) -----</p> <p>-----</p> <p>2) -----</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: при определении водного баланса учитывается потеря жидкости во время рвоты, с выделяемым воздухом, потом, калом.</p>
Анализ ЭКГ		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия. Включите в неё возможные осложнения и заполните таблицу:

(В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

В приемное отделение больницы скорой помощи поступил пациент 55 лет, у которого после физической нагрузки возникли сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией по всей грудной клетке, которые длятся 1,5 часа. Принимал валидол, корвалол, без эффекта.

Медсестра приемного отделения при объективном обследовании выявила: состояние тяжелое, пациент мечется от боли, возбужден, кожные покровы бледные, покрытые каплями пота, пульс 100 уд. в мин., аритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70 мм рт. ст.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 8.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильный ход алгоритмов манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Основные элементы ухода за тяжелобольным		<p>ПРИГОТОВИТЬ: чистую простыню, пододеяльник, 2 наволочки.</p> <p>Снять одеяло, сменить пододеяльник, положить на спинку кровати.</p> <p>Смену простыни производить в зависимости от состояния больного.</p> <p>Больному разрешено поворачиваться</p> <p>Чистую простыню скатать до половины валиком, положить на спинку кровати.</p> <p>-----</p> <p>Грязную простыню скатать по всей длине валиком, по направлению к больному.</p> <p>-----</p>

		<p>Повернуть больного на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Больному запрещены активные движения в постели чистую простыню скатать валиком в продольном направлении, как бинт, положить у спинки головного края кровати.</p> <p>-----</p> <p>Валик чистой простыни положить на освободившееся место, расправить по направлению поясницы больного к валику грязной, больного опустить.</p> <p>Левую руку подвести под поясницу больного, убрать грязную простыню, а чистую расправить по направлению к ножному концу, подвернуть.</p> <p>-----</p>
<p>Уход за кожей, обтирание тела больного</p>		<p>ПРИГОТОВИТЬ: чистое полотенце, кувшин с теплой водой, вату, корнцанг, наволочку, камфорный спирт, чистое нательное белье, резиновый круг. Вымыть руки горячей водой с мылом.</p> <p>Смочить край полотенца теплой водой, поливая из кувшина над тазом.</p> <p>-----</p> <p>Протереть кожу лица, заушную область и шею влажным концом полотенца, затем сухим.</p> <p>-----</p> <p>Смочить полотенце теплой водой, отжать и произвести обтирание верхней части туловища (сначала одну руку, затем другую, грудь и спину), вытереть насухо.</p> <p>-----</p> <p>Обнажить нижнюю часть туловища и произвести обтирание кожи живота, ягодиц, промежности и ног, таким же образом, укрыть одеялом.</p> <p>-----</p>
<p>Постановка пиявок</p>		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Определение водного баланса</p>		<p>ПРИГОТОВИТЬ: стеклянные баночки емкостью 3,0 и 0,5 л, мерный сосуд, лист бумаги и карандаш.</p> <p><u>Накануне вечером:</u></p> <p>а) -----</p> <p>-----</p> <p>б) показать, где находится банка емкостью 3,0 л</p> <p>в) -----</p> <p>г) наклеить на 3 л банку этикетку по образцу и поставить в санитарной комнате, в прохладное место</p> <p>Утром:</p> <p>а) -----</p> <p>б) объяснить больному, чтобы он записывал в течение суток количество выпитой жидкости (чай, компот, суп, молоко и т.д.), учитывая жидкие лекарства и воду, кол-во принятых фруктов</p> <p>В течение дня проконтролировать сбор мочи и правильность записи принятой жидкости больным.</p> <p>Следующим утром -----</p> <p>-----</p> <p>а) инъекциями, внутривенными капельными вливаниями</p> <p>б) с пищей, зная что в супе -----% жидкости (около 150 мл), в стакане – 250 мл</p> <p>Внести данные измерения суточного диуреза и кол-ва введенной жидкости в п.д. лист.</p> <p>Произвести расчет водного баланса: например – больной принял за сутки 1200 мл жидкости, выделил 650 мл мочи</p> <p>1) -----</p> <p>-----</p> <p>2) -----</p> <p>-----</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: при определении водного баланса учитывается потеря жидкости во время рвоты, с выделяемым воздухом, потом, калом.</p>
<p>Перемещение тяжелобольных</p>		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

		----- -----
Пособие при дефекации		----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие инфаркту миокарда

Дайте атипическим формам ИМ.

Назовите виды ИМ.

Назовите причины ИМ?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики ИМ..

Назовите изменения на ЭКГ при ИМ.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при острой сердечной недостаточности.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Грамотно осуществлять сестринский процесс у больных с данной патологией. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании, а также и возможные осложнения:

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия. Включите в неё возможные осложнения и заполните таблицу:

(В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

На приеме в поликлинике пациент 55 лет, работает директором фирмы (боится потерять работу), у которого после физической и эмоциональной нагрузки возникают сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, левую лопатку; в покое и после приема 1 таблетки нитроглицерина боли быстро проходят. Подобные жалобы появились впервые, ранее ничем не болел.

Медсестра при объективном обследовании выявила: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 76 уд. в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие ОСН..

Дайте понятие сердечной астме..

Назовите виды острой левожелудочковой недостаточности

Дайте понятие отеку легких и кардиогенному шоку.

Назовите причины ОСН?

Какие бывают проблемы пациента при этих состояниях?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях допущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при хронической сердечной недостаточности.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ИБС. Постинфарктный кардиосклероз II стадии. При сборе данных о пациенте медсестра получила следующие данные: жалобы на отеки на нижних конечностях, увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое.

Болеет около 2 лет, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка, отеки, боли в правом подреберье. Тревожен, на контакт идет с трудом, выражает опасение за своё будущее.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные, чистые. Отеки на стопах и голенях, ЧДД 22 мин., пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 120/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, болезненный в правом подреберье.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восполните правильный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Определение водного баланса		<p>ПРИГОТОВИТЬ: -----</p> <p>-----</p> <p><u>Накануне вечером:</u> а) дать больному баночку емкостью 0,5 л, лист бумаги, карандаш б) показать, где находится банка емкостью 3,0 л в) -----</p> <p>-----</p> <p>г) наклеить на 3 л банку этикетку по образцу и поставить в санитарной комнате, в прохладное место</p> <p>Утром: а) разбудить больного в 6 часов б) объяснить больному, чтобы он -----</p> <p>-----</p> <p>В течение дня проконтролировать сбор мочи и правильность записи принятой жидкости больным. Следующим утром измерить кол-во суточной мочи и подсчитать кол-во выпитой жидкости за сутки, учитывая записи больного и жидкость введенную с: а) инъекциями, внутривенными капельными вливаниями б) с пищей, зная что в супе – 75% жидкости (около 150 мл), в стакане – 250 мл Внести данные измерения суточного диуреза и кол-ва введенной жидкости в п.д. лист. Произвести расчет водного баланса: например – больной принял за сутки 1200 мл жидкости, выделил 650 мл мочи 1) ----- ----- 2) -----</p> <p>-----, Сообщить врачу!</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: при определении водного баланса учитывается потеря жидкости во время рвоты, с выделяемым воздухом, потом, калом.</p>
Подача кислорода через носовой катетер		<ol style="list-style-type: none"> 1. Проверьте срок годности на упаковке кислородной канюли. 2. ----- 3. Освободите чистыми руками кислородную канюлю от упаковки. 4. Стерильную кислородную канюлю смажьте стерильным глицерином. 5. Один конец полиэтиленовой трубки от канюли присоедините к системе централизованной подачи кислорода (см. выше). 6. ----- 7. Конец носовой канюли прикрепите лейкопластырем к щеке или виску пациента. 8. Откройте вентиль дозиметра и подайте кислород со скоростью 2-3 литра в минуту. 9. ----- 10. Следите за состоянием пациента.
Профилактика пролежней		----- ----- -----

		----- ----- ----- -----
Промывание полости рта (орошение)		<p>ПРИГОТОВИТЬ: стерильный шпатель, лоток, флакон с антисептическим р-ром, резиновый грушевидный баллон, полотенце, клеенку, баночку емкостью 0,2 л, наконечник для баллона.</p> <p>Повернуть голову лежащего больного на бок, на грудь положить клеенку и накрыть полотенцем.</p> <p>-----</p> <p>Отлить приготовленный р-р в баночку, надеть стерильный наконечник на баллон, взять его в правую руку так, чтобы наконечник находился между 2 и 3 пальцами, а большой палец удерживал дно.</p> <p>Выпустить воздух из баллона, сжав его, опустить наконечник в баночку с р-ром и набрать его в баллон.</p> <p>-----</p>
Определение скрытых отеков		----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие ХСН

Назовите причины ХСН?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики ХСН.

Назовите особенности питания при ХСН

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при анемиях.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приведено частично.)

В поликлинику на прием к терапевту обратилась молодая женщина 27 лет с жалобами на слабость, головокружения, сердцебиение при подъеме на 2-ой этаж (живёт на 2 часа-ом этаже, в доме без лифта), сухость кожи, извращение вкуса – ест уголь, мел. Находится в послеродовом отпуске – ребёнку 7 месяцев, кормит грудью. Муж в командировке. Обеспокоена своим состоянием, тревожна.

ОБЪЕКТИВНО: кожа бледная, сухая. ЧСС – 90 в минуту (при нагрузке), ЧДД - 20 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. (р. д. - 110/70 мм рт. ст.).

Врачебный диагноз: железодефицитная анемия.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Техника внутримышечных инъекций		1. Подготовьте руки к инъекции 2. Соберите шприц емкостью 5-10 мл, приготовьте иглы длиной 60-80 см (одну - для набора лекарства, другую - для инъекции). 3. ----- ----- 2 часа. Приготовьте два ватных шарика, смоченных спиртом. 5. Определите место инъекции (-----)

		<p>.....).</p> <p>Инъекции нужно выполнять в верхненаружный квадрант под углом ---° по отношению к поверхности кожи.</p> <p>6. Протереть место инъекции последовательно ватными шариками, смоченными спиртом. Выполнять внутримышечные инъекции лучше в положении пациента Тогда наблюдается наиболее полное расслабление мышц. Выполняя инъекции стоя, следует посоветовать пациенту перенести тяжесть тела на противоположную месту инъекции ногу.</p> <p>7.левой рукой плотно зафиксировать мягкие ткани и, держа правой рукой, ввести иглу перпендикулярно кожной поверхности на глубину 5-6 см, оставив у канюли около 1 см.</p> <p>8.</p> <p>9. Приложив к игле ватный шарик, смоченный спиртом, фиксировать иглу, быстро ее извлечь, место слегка помассировать ватным тампоном.</p>
--	--	--

<p>Взятие крови из вены на биохимическое исследование</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Вымойте руки с мылом, осушите под электросушилкой или полотенцем. 2. Обработайте руки двумя ватными шариками, смоченными спиртом (один -, другой - для). Руки обработайте по направлению от кончиков пальцев к запястью. 3. Приготовьте иглу Дюфо, чистую сухую пробирку, ватные шарики, смоченные спиртом. 2 часа. -- 5. Под локоть пациента подложите клеенчатую подушку. 6. Наложите жгут на среднюю треть плеча пациента на салфетку или одежду. 7. 8. Попросите пациента сжимать и разжимать кулак. 9. Обработайте область локтевого сгиба двумя ватными шариками, смоченными спиртом, найдите наиболее наполненную вену. 10. 11. Пункцируйте вену так же, как для внутривенной инъекции: иглу Дюфо держите за канюлю срезом вверх, параллельно коже. Под иглу, чтобы не испачкать руку пациента кровью, можно подложить стерильную салфетку. 12. Подставьте к канюле пробирку, наберите нужное количество крови (----- мл). 13. Снимите жгут, предложите пациенту разжать кулак. 12 часа. Извлеките иглу, прикрыв место пункции ватным шариком, смоченным спиртом. 15. 16. Прикрепите к пробирке направление и отправьте кровь в биохимическую лабораторию. 17. Ватный шарик с кровью положите в ----% раствор хлорамина на ---- час, затем выбросите его. <p>ПРИМЕЧАНИЕ: если кровь берут на СПИД или RW (сифилис), то забор крови осуществляется при помощи</p> <p>.....! Нужное количество крови насаживается в шприц (5-6 мл), а затем осторожно, по стеночке, выпускается в стерильную пробирку. Пробирка закрывается стерильной пробкой. Пишется направление по форме N 262 часаУ/88, регистрируется в журнале. Упаковывается в пенал с сопроводительным направлением. В случае нарушения целостности пробирки,</p> <p>Сотрудник, принимающий кровь, должен работать в</p>
---	--	--

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие анемиям.

Назовите виды анемий.

Дайте понятие гемограмме

Назовите причины анемий?

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики анемий.

Назовите особенности питания при анемиях.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при лейкозах.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приведено частично.)

В стационаре 2 сутки находится пациентка М. 30 лет, врачебный диагноз: острый лейкоз. Жалобы на выраженную слабость (не может встать с кровати), озноб, проливные поты, боли во рту и в горле при глотании. Состояние угнетенное, депрессия, не хочет ни с кем общаться.

ОБЪЕКТИВНО: кожа бледная, влажная, с обильной геморрагической сыпью. На слизистой полости рта и небных миндалинах гнойно-некротические изменения. Температура тела 39,2° С, пульс 98 ударов в минуту, АД 110/60, ЧДД 22 в минуту, в крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты – 26x10⁹/л, СОЭ – 2 часа0 мм в час. У пациентки подключичный катетер справа.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Стрижка ногтей		<p>ОСНАЩЕНИЕ: -----</p> <p>-----</p> <p>Алгоритм действия:</p> <p>1. Подстелите клеенку под руку или ногу пациента (в зависимости от того, где Вы будете стричь ногти).</p> <p>2. -----</p> <p>-----</p> <p>3. Опустите пальцы в горячий мыльный раствор на 10-15 минут для размягчения ногтей.</p> <p>2 часа. -----</p> <p>-----</p> <p>5. При помощи пилочки свободному краю ногтей придайте необходимую форму (прямую - на ногах, округлую - на руках). Опилить ногти глубоко с боков не следует, так как можно травмировать кожу боковых валиков и тем самым вызвать трещины и усиленное ороговение кожи.</p> <p>6. -----</p> <p>ВНИМАНИЕ! Места случайных порезов необходимо обработать -----% раствором перекиси водорода или -----.</p>
Подготовка пациента к стерильной пункции		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Уход за полостью рта		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие лейкозам

Назовите виды лейкозов.

Дайте понятие миелограммы.

Назовите причины лейкозов

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при лйккозахэ

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при заболеваниях органов пищеварения.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

--	--	--	--

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

Пациент 27 лет впервые госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: хронический гастрит. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на частую изжогу, ноющую боль в подложечной области после еды, пониженный аппетит, плохой сон, беспокойство за свое будущее.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, рост 185 см, масса тела 70 кг, температура тела 36,6° С, кожные покровы обычной окраски, живот мягкий, пульс 72 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильную последовательность в алгоритме манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Рентгенологическое исследование пищевода		<p>Для исследования пищевода подготовки-----.</p> <p>При исследовании по поводу спазмов с целью дифференциальной диагностики органических и функциональных изменений, рекомендуется провести предварительный курс лечения спазмолитиками или можно ввести за 15 минут до исследования 1 мл 0,1% раствора атропина или 0,5% раствора дибазола. При выраженном органическом сужении пищевода перед исследованием, по указанию врача, медсестра отсасывает из пищевода скопившуюся жидкость при помощи -----.</p> <p>После удаления жидкости пищевод нужно промыть теплым слабым раствором пищевой соды. Исследование производится натощак.</p> <p>Главным в подготовке является освобождение их от -----.</p> <p>Перед исследованием не разрешается употреблять пищу (-----), способствующую образованию газов. Ужинать можно не позднее -----, утром пациент не должен -----.</p> <p>Вечером и утром, (в случае стойких запоров) за 2 часа до исследования, кишечник очищают клизмой. Применение слабительных противопоказано, т.к. они способствуют газообразованию, если пациент страдает непроходимостью антрального отдела желудка (опухольный или язвенный стеноз), то желудочное содержимое необходимо эвакуировать с помощью -----зонда с последующим промыванием до чистой воды, утром в день исследования ничего не есть и не пить.</p>

Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастродуоденоскопия)		<p>Производится с помощью специальных эндоскопов, снабженных ----- оптикой. Основная задача при подготовке пациента к данному исследованию -----.</p> <p>Для этого накануне пациент должен поужинать не позднее 20.00, а утром перед исследованием ему запрещается принимать пищу, пить воду и курить. При непроходимости антрального отдела желудка перед исследованием он должен быть промыт с помощью толстого зонда до чистой воды.</p> <p>Если пациенту предполагается произвести исследование фатерова сосочка 12-перстной кишки, то в комплекс подготовительных манипуляций включается применение препаратов, вызывающих релаксацию 12-перстной кишки (1 мл 0,1% раствора метацина в/м за 20-30 мин. до исследования). Такое же действие на 12-перстную кишку</p>
--	--	--

		оказывает введение пациенту за 2 часа 0-60 мин. до исследования 1 мл 0,1% раствора ----- и 2 мл 2,5% раствора бензогексония.
--	--	--

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие органам пищеварения

Назовите отделы ЖКТ

Дайте понятие заболеваниям ЖКТ

Назовите причины

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при болезнях пищеварения

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при гастритах

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

--	--	--

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие гастритам

Назовите виды гастритов.

Назовите причины гастритов

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при гастритах

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте; контроль записей; устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании, не забудьте про возможные осложнения.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием.

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования). В стационар поступил пациент 25 лет с диагнозом: язвенная болезнь 12-типерстной кишки. При сестринском обследовании выявлено: жалобы на боли в эпигастральной области, возникающие через 3-2 часа после еды, нередко ночью; отрыжку кислым, изжогу, запоры, похудание. Аппетит сохранен. Больным себя считает около года, однако к врачам не обращался. Работа связана с нервным перенапряжением, много курит. Обеспокоен состоянием своего здоровья, снижением трудоспособности.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность справа от средней линии живота, выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вписав пропущенные данные о выполнении манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Исследование кала на копрограмму		Сбор материала (после предварительной подготовки пациента) в посуду светлого стекла емкостью от ----- до ----- мл.
Исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена)		Сбор материала (после предварительной подготовки пациента) в посуду светлого стекла емкостью от ---- до ----- мл.
Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастроуденоскопия)		<p>Производится с помощью специальных эндоскопов, снабженных волоконной оптикой. Основная задача при подготовке пациента к данному исследованию – ----- . Для этого накануне пациент должен поужинать не позднее -----, а утром перед исследованием ему запрещается принимать ----- . При непроходимости антрального отдела желудка перед исследованием он должен быть промыт с помощью ----- зонда до чистой воды.</p> <p>Если пациенту предполагается произвести исследование фатерова сосочка 12-перстной кишки, то в комплекс подготовительных манипуляций включается применение препаратов, вызывающих релаксацию 12-перстной кишки (1 мл 0,1% раствора метацина в/м за 20-30 мин. до исследования). Такое же действие на 12-перстную кишку оказывает введение пациенту за 2 часа 0-60 мин. до исследования 1 мл 0,1% раствора ----- и 2 мл 2,5% раствора бензогексония.</p>
Помощь при рвоте		----- ----- ----- -----

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Составьте ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени представлен только фрагмент сестринского обследования).

Пациентка 2 часа 0 лет поступила в стационар на лечение с диагнозом: хронический холецистит, стадия обострения.

При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приёма жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, однократно была рвота желчью, общую слабость. Считает себя больной в течение 7 лет, ухудшение наступило в течение последней недели, которое связывает с приёмом обильной, жирной пищи.

В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожна, депрессивна, жалуется на усталость, плохой сон. В контакт вступает с трудом, говорит, что не верит в успех лечения, выражает опасение за своё здоровье.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, кожа сухая, чистая, отмечается желтушность склер, язык сухой, обложен серо-белым налётом. При пальпации болезненность в правом подреберье, симптомы Ортуера, Кера положительные. Пульс 82 часа удара в минуту, АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 20 в мин.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано частично.)

В приемное отделение городской больницы поступила женщина 56 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Больная встревожена, обеспокоена своим состоянием. Из анамнеза выяснено, что ухудшение наступило после погрешности в диете (была в гостях, употребляла алкогольные напитки, жирные, жареные блюда), на протяжении последних 8 лет - хронический холецистит. О каком заболевании можно думать?

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					

е	Потенциальны				
	Приоритетная				

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 8.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановив правильную последовательность в алгоритме манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Оказание помощи при рвоте		<p>ОСНАЩЕНИЕ: -----</p> <p>-----</p> <p>Алгоритм действия:</p> <p>1. При положении пациента лежа, поверните его голову на бок. Если возможно – усадите его.</p> <p>2. При положении лежа положите клеенку и почкообразный лоток под голову пациента, при положении сидя положите клеенку на грудь и колени пациента и поставьте таз возле него.</p> <p>3. -----</p> <p>-----</p> <p>2 часа. Уберите таз и клеенку.</p> <p>5. Осмотрите рвотные массы и проведите их дезинфекцию.</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: Во время рвоты (особенно в положении пациента лежа) может произойти ----- С этой целью необходимо обязательно повернуть голову пациента на бок. Рвотные массы при наличии в них крови будут иметь вид «-----» – темно-коричневого цвета.</p> <p>Дезинфекция рвотных масс производится путем добавления к ним маточного раствора хлорной извести из расчета 1:1 на один час или засыпаются сухой хлорной известью (----- г на 1 л рвотных масс).</p>
Техника подкожной инъекции		<p>1. Подготовьте руки к инъекции.</p> <p>2. Соберите шприц емкостью от 1 до 5 мл, приготовьте две иглы, одну для набора лекарств (с широким просветом), другую – длиной 20-30 мм, для инъекции. Надеть на шприц иглу с широким просветом.</p> <p>3. -----</p> <p>-----</p> <p>2 часа. Наберите лекарство из ампулы или флакона, придерживая ампулу или флакон на игле пальцем. Набрать от 1 до 5 мл (по назначению врача).</p> <p>5. -----</p> <p>-----</p> <p>6. Приготовьте два ватных шарика, смоченных спиртом.</p> <p>7. Предложите пациенту освободить место инъекции. Это может быть наружная поверхность плеч и бедер, подлопаточная область, боковые поверхности передней брюшной стенки. Обработать место инъекции спиртом, сначала одним ватным шариком большую поверхность, затем другим – непосредственно место инъекции. Второй шарик не выбрасывайте, а зажмите в руке мизинцем.</p> <p>8.левой рукой соберите кожу в складку, а правой, держа шприц под острым углом (около 2 часа⁵), введите иглу на глубину 2/3 длины, срез иглы должен быть направлен ----- Не переключая шприц в другую руку, введите лекарство. Вторую ватку со спиртом приложить к месту инъекции и, придерживая иглу пальцем, резким движением извлеките ее из мягких тканей.</p> <p>левой рукой с ватным шариком слегка -----, чтобы оно лучше распределялось в подкожно-жировой клетчатке.</p> <p>При подкожных инъекциях возможны осложнения: -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Применение газоотводной трубки		<p>ПРИГОТОВИТЬ: -----</p> <p>-----</p>

		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>Положить на кровать клеенку, а на нее пеленку. Уложить больного на ----- бок с прижатыми к животу ногами. Шпателем набрать вазелин и смазать закругленный конец трубки. Попросить больного -----, надеть перчатки. Ввести трубку вращательными движениями на ----- см, причем снаружи трубка должна выступать из ануса не менее, чем на ----- см. Помочь больному перевернуться на спину. Поставить между ног больного подкладное судно с небольшим количеством воды и свободный конец трубки опустить в него, перчатки снять. Закрывать больного простыней или одеялом. Через ----- часа трубку удалить, протереть задний проход сначала мокрым тампоном, затем – сухим. Убрать предметы ухода, трубку опустить в ----- на 1 час.</p>
Сбор мочи на диастазу		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Подготовка к холецистографии		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
Подготовка к УЗИ желчного пузыря и поджелудочной железы		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие холециститам.

Что такое ДЖВП?

Назовите определение панкреатита.

Назовите виды классификацию..

Дайте понятие ЖКБ.

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при заболеваниях печени.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени дан фрагмент сестринского обследования).

Пациентка 2 часа 5 лет госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: хронический вирусный гепатит В. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, сильный кожный зуд, который не даёт заснуть ночью, выделение тёмной мочи и светлых каловых масс. Больная озабочена исходом заболевания.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, рост 162 см, вес 90 кг, температура тела 36,7° С, кожные покровы и видимые слизистые желтушны, на коже следы расчесов, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, пульс 80 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 135/85 мм рт. ст., ЧДД 18 в минуту.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					

Приоритетная					
--------------	--	--	--	--	--

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восполните правильный ход алгоритмов манипуляций.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Подготовка к УЗИ печени и ЖВП		----- ----- ----- ----- -----
Забор крови из вены на биохимическое исследование		----- ----- ----- ----- -----
Роль медсестры в подготовке и проведении абдоминальной пункции		<p><u>Перед процедурой</u> Провести с больным психотерапевтическую беседу, разъяснить сущность процедуры, предупредить, что пункция проводится натощак. Прокварцевать кабинет. ПРИГОТОВИТЬ: ----- ----- -----</p> <p>Предложить больному опорожнить мочевой пузырь и кишечник. За 30 мин. до процедуры ввести больному подкожно 0,1% атропин 1 мл и 1 мл промедола. <u>Приготовиться к манипуляции</u> Пригласить больного в кабинет, усадить на стул, предложить расставить ноги, между ног поставить таз. Вымыть руки, обработать спиртом, надеть маску, пригласить врача. Подать врачу все необходимое для обработки рук и кожи в месте прокола, стерильные перчатки. <u>Помощь врачу во время манипуляции</u> Подать необходимые инструменты. После введения троакара и удаления мандрена, ----- ----- -----</p> <p>Собрать жидкость в пробирку для ----- -----.</p> <p>Следить за состоянием больного. По окончании выпуска жидкости подать врачу все необходимое для наложения шва, стянуть живот для профилактики коллаптоидных состояний. <u>После процедуры</u> Наложить на шов стерильную повязку, доставить больного в палату. Вести наблюдение за ----- ----- -----</p>
Определение отеков		----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие гепатитам

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано частично.)

Пациент 2 часа 3 лет госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: обострение хронического энтерита. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на частый жидкий стул, снижение аппетита, похудание, нерезкую боль в животе. Пациент испытывает тревогу и страх по поводу исхода заболевания.

ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, температура тела 36,6° С, рост 178 см, вес 60 кг, кожные покровы бледные, язык сухой, обложен, живот мягкий, умеренно болезненный вокруг пупка, пульс 78 уд в мин., удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт. ст., ЧДД 18 в мин.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приводится частично.)

В поликлинику обратился пациент 68 лет с жалобами на тяжесть в эпигастральной области, тошноту, отсутствие аппетита, похудание, слабость, рвоту, страх, т.к. отец пациента умер от рака желудка. Спланируйте действия медицинской сестры.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 8.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восполните правильный порядок алгоритма манипуляций, впишите пропущенные предложения.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Подготовка пациентов к ирригоскопии		Накануне вечером (после ужина) очистительные клизмы до ----- . Утром в 6-7 часов в день исследования очистительные клизмы до ----- . Пациентов завтраком ----- ! В рентгеновский кабинет направить со своей простыней.
Исследование толстой кишки (колоноскопия)		Результаты колоноскопии в значительной мере зависят от качества подготовки кишечника к исследованию. Техника подготовки сводится к следующему: за ---- дня до исследования пациенту назначается ----- диета, накануне перед исследованием в 12-12 часа часов пациент принимает 50 мл касторового масла, а вечером в 19 и 20 часов и утром в день исследования ставятся ----- с интервалом в 1 час, и через 2-3 часа после последней ----- пациент направляется в эндоскопический кабинет. В тех случаях, когда пациент страдает хроническими запорами, и слабительные препараты действия не оказывают, подготовка к колоноскопии проводится путем применения ----- . Отрицательным моментом такой подготовки является наличие выраженной реакции со стороны слизистой кишки на введение ----- в просвет кишечника.
Постановка очистительной клизмы		----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

Подготовка к исследованию дистального отдела толстого кишечника и прямой кишки (ректороманоскопия)		Подготовка пациента к этому исследованию заключается в проведении ----- накануне (вечером и утром за 1-2 часа до исследования)
Исследование кала на яйца глист		Для анализа на яйца глист кал доставляется в лабораторию в ----- без подготовки пациента.
Исследование кала на вегетативную форму		Кал должен быть обязательно ----- . Исследовать необходимо не позже 15-20 минут после дефекации, т.к. вегетативные формы ----- во внешней среде. Кал на простейшие не исследуют после масляных клизм, приема бария, висмута и пр.
Исследование кала на кишечную группу инфекции (сальмонеллез, дизентерия, энтеропатогенные кишечные палочки)		Нативный материал забирается активным методом в ----- с консервантом с помощью ректальной петли или пассивным методом из индивидуального судна, отмытого от дезинфицирующего раствора, с помощью ----- . 3-5 г. фекалий помещают в стерильную баночку. Доставка в лабораторию – немедленно, допускается хранить материал в холодильнике, если забор произведен позже ----- часов.
Постановка масляной клизмы		----- ----- ----- ----- -----
Постановка гипертонической клизмы		----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

--	--	--

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приводится частично.)

В отделении 2 сутки находится пациентка Н, 2 часа 5 лет с диагнозом: диффузный токсический зоб. Жалобы на раздражительность, мышечную слабость, повышенную потливость, нарушение сна, снижение веса.

ОБЪЕКТИВНО: пациентка возбуждена, глаза блестят, экзофтальм, шея увеличена в объёме, кожа влажная, подкожно-жировой слой мало выражен. Рост 170 см, масса тела 2 часа 9 кг, температура – 37,1° С, ЧСС – 100 в мин., АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС - 100 в минуту, ЧДД – 18 в мин. Осуществить сестринский процесс.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, восстановите правильную последовательность в алгоритме манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Внутривенное капельное вливание		<p>Алгоритм действий при заполнении системы:</p> <p>1. -----</p> <p>-----</p> <p>2. Вымойте и обработайте руки двумя ватными шариками, смоченными спиртом.</p> <p>3. Вскройте упаковочный пакет и достаньте систему (работать на рабочем столе), положите на крышку стерилизатора, на стерильную салфетку, стерильный лоток.</p> <p>4. -----</p> <p>-----</p> <p>5. Снимите колпачок с иглы воздуховода (короткая трубка с фильтром) и введите ее до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода закрепите на флаконе аптечной резинкой на уровне дна флакона.</p> <p>6. Закройте винтовой зажим, снимите колпачок с иглы на коротком конце системы и введите эту иглу в пробку флакона.</p> <p>7. -----</p> <p>-----</p> <p>8. Поверните капельницу в горизонтальное положение, снимите иглу с колпачком на конце длинной трубки системы и откройте зажим, медленно заполните капельницу до половины объема.</p> <p>9. Закройте зажим и возвратите капельницу в исходное положение. Фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для переливания.</p> <p>10. -----</p> <p>-----</p> <p>11. Проверьте отсутствие пузырьков воздуха в системе - система заполнена.</p>

		<p>12. Положите в стерильный лоток ----- ватных шариков, иглу с колпачком, стерильную салфетку. Приготовьте две полоски лейкопластыря, жгут, подушечку, перчатки.</p> <p>Последовательность действий при подсоединении системы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наденьте перчатки. 2. ----- 3. Обработайте двумя стерильными шариками место инъекции. 4. ----- 5. Когда из канюли иглы покажется кровь, развяжите жгут, откройте зажим и "струя в струю" соедините иглу с системой, 6. Закрепите иглу двумя лейкопластырями. 7. Вытрите кровь ватным тампоном, смоченным спиртом, положите использованный тампон в 3% раствор хлорамина. 8. Отрегулируйте количество капель (2 часа-60 в мин., или по назначению врача). 9. -----
Исследование крови на гормоны щитовидной железы		----- ----- -----
Измерение массы тела		----- ----- -----
Измерение роста		----- ----- -----
Подготовка к УЗИ щитовидной железы		----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие нарушениям питания..

Что такое ожирение?

Назовите определение ДТЗ.

Назовите виды классификацию..

Дайте понятие гипотиреозу.

Что такое эндемический зоб?

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при заболеваниях.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при сахарном диабете.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано не полностью.)

Пациент, 32 часа года поступает на стационарное лечение в эндокринологическое отделение с диагнозом: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, впервые выявленный.

При сестринском обследовании медсестра получила такие данные, как: жалобы на сухость во рту, жажду (выпивает до 10 литров в сутки), частое мочеиспускание, общую слабость, беспокойство по поводу исхода заболевания.

ОБЪЕКТИВНО: сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД 12 часа 0/90 мм рт. ст. ЧДД 18 в 1 минуту, рост 168 см, вес 99 кг.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюде-ние	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценк а
Настоящие					

е	Потенциальны				
	Приоритетная				

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, впишите пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Исследование мочи на сахар		В течение ----- собирают всю мочу в один баллон без консерванта, которую надо хранить в ----- месте. По окончании сбора мочу в баллоне тщательно взбалтывают, отмечают общее количество, отливают ----- мл и отправляют в лабораторию. На этикетке пишут «Моча на сахар», когда требуется определить количество сахара в отдельных порциях, то мочу собирают в ----- разные емкости (с 6.00 до 12 часа.00, с 12 часа.00 до 22.00, с 22.00 до 6.00) и соответственно мочу отправляют в ----- банках с указанием количества мочи.
Расчет дозы инсулина		<p>Инсулин вводится подкожно за ----- минут до еды. Инсулин выпускается во флаконах по 5 мл. В 1 мл содержится 100 ЕД инсулина. Для введения инсулина пользуются инсулиновым шприцем, имеющим шкалу деления в единицах действия. Часто используют комбинированные шприцы, на которых, кроме инсулиновой шкалы, есть еще и обычная (в мл) - на 1,5 мл и 2 мл.</p> <p>Необходимо часто менять места инъекций во избежание осложнения - липодистрофии.</p> <p>Алгоритм действия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перед набором инсулина определите «цену деления» инсулиновой шкалы. Маленькое деление инсулиновой шкалы соответствует 2 единицам. 2. Рассчитайте, до какого деления Вам следует набрать дозу инсулина, пользуясь пропорцией: 1 деление - 2 единицы инсулина, X делений - (нужная доза) единиц инсулина 3. Если используете комбинированный шприц, то можно произвести расчет другим способом: ----- <p>2 часа. Наберите в шприц воздух в объеме, равном назначенной дозе инсулина. Введите его во флакон, предварительно обработав его пробку.</p> <p>5. -----</p> <p>6. Подготовьте все для подкожной инъекции инсулина.</p> <p>ПРАВИЛА ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ Внимание! Если пациент не принял пищу спустя 30 минут после инъекции инсулина, возможно развитие -----, ведущей к потере сознания. Медицинской сестре необходимо строго следить за приемом пищи в связи с инъекциями инсулина! Помощь при развитии гипогликемии: 1) дать пациенту сладкий чай, белый хлеб, сахар, конфеты 2) при потере сознания вводить внутривенно ----% глюкозу - --- мл</p>
Экспресс диагностика мочи на сахар и ацетон		----- ----- ----- -----
Пользование глюкометром		----- ----- -----
Уход за кожей, обтирание тела больного		<p>ПРИГОТОВИТЬ: -----</p> <p>-----</p> <p>?. Смочить край полотенца теплой водой, поливая из кувшина над тазом.</p> <p>?. Вынести грязное белье в санитарную комнату</p> <p>?. Тщательно отжать.</p> <p>?. Протереть кожу лица, заушную область и шею влажным концом полотенца, затем сухим.</p> <p>?. Откинуть одеяло, обнажать грудь и руки, снять рубашку.</p>

--	--

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание №4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приведено частично.)

Медсестру, проживающую по соседству, пригласили к пациенту, страдающему мочекаменной болезнью.

Пациент 2 часа 2 лет вечером за ужином съел большую порцию жареного мяса. Ночью у него появились резкие боли в поясничной области с иррадиацией в паховую область, частое болезненное мочеиспускание.

ОБЪЕКТИВНО: поведение беспокойное, мечется (то сядет, то ляжет). Кожные покровы гиперемированы, влажные, ЧДД – 22 в минуту, пульс 100 ударов в минуту, температура тела 37,0° С, живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации, симптом поколачивания резко положительный справа.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Общий анализ мочи		Больной утром в чистую стеклянную посуду собирает выделенной мочи; проба доставляется в лабораторию не позднее, чем через 1 часа; при длительном хранении разрушаются физико-химические элементы осадка; хранить мочу нужно в

		----- У женщин в период менструации мочу на анализ брать ----- -----; женщинам необходим предварительный ----- ----- от тяжело больных доставляется в лабораторию любое выделенное количество мочи; лежащих больных предварительно -----
Алгоритм промывания мочевого пузыря через цистостому	Медсестра объясняет проведение манипуляции	1. Наденьте стерильные перчатки. 2. ----- ----- 3. Наберите в шприц 200 мл одного из стерильных растворов: 0,1% риванола, 3% борной кислоты, фурацилина 1 : 5000 и положите на стерильный лоток. 2 часа. ----- ----- 5. Вставьте канюлю шприца в отверстие катетера. 6. Введите осторожно в пузырь ----- мл раствора. 7. Отсоедините канюлю шприца от катетера. 8. ----- ----- 9. Процедуру повторить до чистых промывных вод.
Проба по Зимницкому		----- ----- ----- ----- -----
Проба Реберга		----- ----- ----- -----
Проба Нечипоренко		----- ----- ----- -----
Подготовка к УЗИ мочевого пузыря и почек		----- ----- ----- -----
Подготовка к экскреторной урографии		----- ----- ----- -----
Подготовка к обзорной рентгенографии почек		----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие мочевыводящей системы

Назовите функции почек

Расскажите строение почек

Дайте понятие нефрону.

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при заболеваниях почек?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите методы диагностики

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при заболеваниях почек

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

c

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при пиелонефрите и мочекаменной болезни.

Цель работы: Научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано частично.)

Пациентка П., 22 часа года. Диагноз: хронический пиелонефрит, обострение.

Поступила в отделение с жалобами на тупые, ноющие боли в поясничной области слева (5 баллов), головную боль (3 балла), озноб, учащённое, болезненное мочеиспускание малыми порциями каждые 2-3 часа. Испытывает страх потерять работу, подавлена.

Больна в течение 3 лет с ежегодными обострениями в осенне-зимний период. Настоящее обострение связывает с переохлаждением (была легко одета). Отмечает аллергическую реакцию в виде сыпи на группу пенициллина. Работает секретарём.

ОБЪЕКТИВНО: кожа бледная, веки отечные, температура 37,8° С, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 88 ударов в минуту, ЧДД 18 в минуту. Осуществите сестринский процесс.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Промывание мочевого пузыря		<p>ПРИГОТОВИТЬ: р-р для промывания (фурацилин – 37° С) шприц Жанэ, баночку для промывной жидкости, все необходимое для катетеризации.</p> <p>Опорожнить мочевой пузырь путем катетеризации (катетер не извлекать), баночку для промывных вод поставить между ног больной.</p> <p>-----</p> <p>Присоединить шприц к катетеру. Ввести в мочевой пузырь антисептический р-р.</p> <p>-----</p> <p>Повторить пункты 2-5 до появления прозрачной промывной жидкости.</p> <p>-----</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: перед удалением катетера, заполнить мочевой пузырь на ---- р-ром (если не нужно вводить цистоскоп).</p>
Катетеризация мочевого пузыря	Объяснить ход выполнения манипуляции	<p>ПРИГОТОВИТЬ: дез. р-р (фурацилин), стерильный глицерин, 2 катетера, емкость для мочи, клеенку, пеленку, ватные салфетки и тампоны, спирт, корнцанг, стеклянный мочеприемник или лоток, чистую баночку, стерильные перчатки.</p> <p>Отправить больную подмыться, тяжелобольную подмыть.</p> <p>-----</p> <p>Тщательно вымыть руки горячей водой с мылом. Уложить больную на спину, с согнутыми коленями и разведенными в бедрах ногами, поставить мочеприемник на лоток между ног.</p> <p>-----</p> <p>Встать справа от больной.</p> <p>-----</p> <p>Свежим ватным тампоном обработать отверстие уретры. Открыть флакон со стерильным глицерином. Надеть стерильные перчатки. Взять катетер пинцетом в правую руку (на 3-5 см выше слепого конца), как «писчее перо», наружный конец зажать 2 часа и 5 пальцами.</p> <p>-----</p> <p>Раздвинуть 1 и 2 пальцами левой руки большие половые губы, найти отверстие уретры. Ввести катетер в уретру на 2 часа-5 см, конец катетера опустить в мочеприемник (при затруднении введения НАСИЛЬНО НЕ ВВОДИТЬ!!!).</p> <p>-----</p> <p>Убрать мочеприемник, осмотреть мочу. Помочь больной встать, снять перчатки.</p>

		Убрать рабочее место, катетер поместить в ---% хлорамин. ПРИМЕЧАНИЕ: если мочу необходимо взять на исследование, конец катетера опустить в емкость для мочи.
Подмывание тяжелобольного	Разъяснить пациенту выполнение процедуры	<p>1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. Отгородите пациента ширмой. 3. -----</p> <p>4. Постелите под пациента клеенку и поставьте судно. 5. Возьмите в правую руку корнцанг с салфеткой или ватным тампоном, а в левую руку кувшин с теплым раствором антисептика (-----) или водой при температуре 30-35°C. Вместо кувшина можно использовать кружку Эсмарха с резиновой трубкой, зажимом и наконечником. 6. Поливайте раствором на половые органы, а салфеткой (или тампоном) производите движения сверху вниз (от половых органов к заднему проходу), меняя по мере загрязнения тампоны. Последовательность подмывания пациента: - вначале подмывают половые органы (половые губы у женщин, половой член и мошонку у мужчин); затем паховые складки; в последнюю очередь подмывают область промежности и ануса. 7. Высушите -----.</p> <p>8. Уберите судно, клеенку и ширму. 9. Снимите перчатки, вымойте руки. Если подмыть пациента описанным выше способом невозможно в силу тяжести его состояния (нельзя поворачивать, приподнимать, чтобы подставить судно), можно поступить следующим образом: ----- -----). Затем высушить.</p> <p>У пациентов с недержанием мочи и кала после подмывания кожу в паховой области смазывают жиром (-----). Можно припудрить кожу тальком. ЗАПОМНИТЕ! При уходе за наружными половыми органами и промежностью особое внимание необходимо обращать на естественные складки. Женщин подмывают только сверху вниз!</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие пиелонефритам

Назовите классификацию.

Что такое МКБ?

Дайте определение почечной колики..

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Назовите методы диагностики

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при заболеваниях почек

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением и практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при гломерулонефритах.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приведено частично.)

Пациентка Н, 27 лет. Диагноз: острый гломерулонефрит.

Поступила в стационар с жалобами на одышку, головные боли, отёки на лице.

10 дней назад перенесла ангину, работает продавцом на Кировском рынке. Озабочена своим состоянием, переживает, что не сможет работать.

ОБЪЕКТИВНО: температура 38,2° С, лицо отечное, ЧЧД 22 в 1 минуту, пульс 98 в 1 минуту, напряжённый, АД 160/110 мм рт. ст. (р. д 120/80). Вес 68 кг, рост 163 см, диурез 1 литр за сутки, при потреблении 1,5 л жидкости.

Осуществите сестринский процесс.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные предложения и алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
Подготовка пациентов к в/в урографии		<p>За 22 часа-12 часов до исследования провести пробу на чувствительность к -----</p> <p>препарату, который будет применен для исследования. Для этого в/в в кубитальную вену вводят ---- мл препарата. Оценивается реакция на введение. Препарат применять нельзя, если у пациента после пробы появится -----</p> <p>------. Если проба не проведена, пациента на исследование в рентгеновский кабинет имеют право не брать. В истории болезни должна быть отметка о проведении пробы на чувствительность к контрастному препарату с подробной реакцией на нее (или об отсутствии таковой) за подписью медсестры, 6-12 часов наблюдавшей за пациентом. В день исследования делается -----и, если исследование проводится во второй половине дня, пациент может съесть бутерброд и выпить стакан чая. В рентгеновском кабинете после обзорного снимка мочевыводящих путей в/в быстро вводят контрастный препарат 20-2 часа 0 мл. процедурная сестра при этом наблюдает за пациентом, не вынимает иглу из вены еще ----- минуты. Только убедившись в отсутствии у пациента аллергической реакции, иглу из вены можно удалить.</p>
Исследование мочи		<p>по методу Нечипоренко Доставляется в лабораторию -----порция ----- -----мочи: нельзя проводить одновременно с общим исследованием мочи.</p> <p>Проба мочи по Зимницкому Накануне пациента предупредить о необходимости питьевого режима в течение последующих суток (обычно более 1 л). В 6 часов утра обследуемый опорожняет мочевой пузырь в -----, а затем через каждые --- часа собирает ---- порций (с 6 до 9, с 9 до 12, с 12 до 15, с 15 до 18, с 18 до 21, с 21 до 22 часа, с 22 часа до 3, с 3 до 6 часов) в подготовленные медсестрой размеченные банки.</p> <p>Проба Каковского-Аддиса Сдается моча, собранная за ----- часов (с ---до----.00 час). У женщин берется катетером после предварительного туалета мочеполовых органов.</p> <p>Проба Реберга Исследование проводят утром натощак. В 7.00 пациенту дается водная нагрузка – 2 стакана воды и сразу же он должен опорожнить мочевой пузырь (эту мочу не собирать). Далее моча собирается в течение ---- часов с момента водной нагрузки: до 8.00 часов – первая порция, с 8.00 до 9.00 – вторая порция. В 8.00 берется кровь из вены в количестве ----- мл, моча и кровь доставляются в лабораторию.</p>
Катетеризация мочевого пузыря	Разъяснить ход манипуляции	<p>ПРИГОТОВИТЬ: дез. р-р (фурацилин), стерильный глицерин, 2 катетера, емкость для мочи, клеенку, пеленку, ватные салфетки и тампоны, спирт, корнцанг, стеклянный мочеприемник или лоток, чистую баночку, стерильные перчатки.</p> <p>Отправить больного подмыться, тяжелобольную подмыть. -----.</p> <p>Тщательно вымыть руки горячей водой с мылом. Уложить больную на спину, с согнутыми коленями и разведенными в бедрах ногами, поставить мочеприемник на лоток между ног. -----</p> <p>Встать справа от больной.</p>

		<p>Ватным тампоном, смоченным в дез. р-ре, обработать н.п.о. и промежность, сменить тампон, смочить в дез. р-ре.</p> <p>-----</p> <p>Открыть флакон со стерильным глицерином. Надеть стерильные перчатки. Взять катетер пинцетом в правую руку (на 3-5 см выше слепого конца), как «писчее перо», наружный конец зажать 2 часа и 5 пальцами.</p> <p>-----</p> <p>Раздвинуть 1 и 2 пальцами левой руки большие половые губы, найти отверстие уретры. Ввести катетер в уретру на ----- см, конец катетера опустить в мочеприемник (при затруднении введения ----- НЕ ВВОДИТЬ!!!). При ослаблении струи мочи катетер вывести, чтобы остатки мочи омыли уретру (с целью профилактики восходящей инфекции).</p> <p>-----</p> <p>Помочь больной встать, снять перчатки. Убрать рабочее место, катетер поместить в 3% хлорамин. ПРИМЕЧАНИЕ: если мочу необходимо взять на исследование, конец катетера опустить в -----.</p>
--	--	---

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

- Дайте понятие гломерулонефритам.
- Назовите виды классификацию..
- Назовите причины заболеваний.
- Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?
- Перечислите возможные осложнения.
- Перечислите принципы лечения
- Как осуществляется сестринский уход
- Назовите методы диагностики
- Назовите принципы профилактики
- Назовите особенности питания при заболеваниях почек

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях допущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

- текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
- контроль записей;
- устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы.

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при хронической почечной недостаточности.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано в сокращенном виде.)

В терапевтическом отделении находится пациент, страдающий 15 лет хроническим гломерулонефритом. Предъявляет жалобы на кожный зуд, сонливость днем, слабость, одышку, головные боли, отеки, кровоточивость десен. Больной угнетен, отказывается от общения. При осмотре: на коже следы расчесов, от больного запах аммиака, при аускультации - шум трения плевры, шум трения перикарда. Осуществите сестринский процесс.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка	Основные этапы выполнения
-------------	------------	---------------------------

	пациента	манипуляции
<p>Постановка очистительной клизмы</p>		<p>манипуляции</p> <p>I. ПОКАЗАНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перед родами, операциями. 2. При запорах. 3. Перед проведением эндоскопического исследования кишечника и рентгенологического исследования органов брюшной полости. <p>II. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение из ----- 2. Острые язвенно-воспалительные процессы в ----- 3. Боли в животе неясной природы. 4. Злокачественные опухоли ----- 5. Трещины в области заднего прохода или выпадение ----- 6. Первые дни после операции на органах желудочно-кишечного тракта. 7. Массивные отеки. <p>III. КОЛИЧЕСТВО И ТЕМПЕРАТУРА ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1,5-2 литра воды ----- температуры. - При атонических запорах температура ---- °С. - При спастических запорах температура ----- °С. <p>IV. ОСНАЩЕНИЕ:</p> <p>-----</p> <p>V. ГЛУБИНА ВВЕДЕНИЯ В ПРЯМУЮ КИШКУ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10-12 см. Вначале 3 см по направлению к пупку, затем - параллельно позвоночнику на глубину ----- см. <p>VI. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Налейте в кружку Эсмарха воду. Для разжижения и облегчения вывода кала, в воду можно добавить масло. 2. ----- 3. Откройте вентиль на резиновой трубке и заполните ее водой. Закройте вентиль. 4. На кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз, уложите на левый бок пациента, ноги согнуты в коленях и слегка приведены к животу. 5. ----- 6. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвиньте ягодицы, а правой осторожно введите наконечник в анальное отверстие. 7. Приоткройте вентиль - вода начнет поступать в кишечник (следите, чтобы вода не вытекала быстро). 8. ----- 9. Быстро подайте судно (если процедура проводилась не в клизменной). <p>VII. ПРИМЕЧАНИЕ:</p> <p>Если после введения наконечника в прямую кишку вода не поступает, то необходимо наконечник немного потянуть ----- Или поднять кружку выше. После клизмы желательно, чтобы пациент не опорожнялся ----- минут.</p>
<p>Уход за носом</p>		<p>ОСНАЩЕНИЕ: -----</p> <p>Алгоритм действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. В положении лежа или сидя (в зависимости от состояния пациента) слегка наклоните голову пациента. 3. ----- 4. Введите вращательным движением турунду в носовой ход и оставьте там на 2-3 минуты. 5. ----- 6. Снимите перчатки и вымойте руки. <p>Примечание: можно предварительно закапать в нос одно из перечисленных масел, а затем прочистить носовые ходы ватными турундами. Слизь из носовой полости можно удалить и сухими ватными турундами.</p>
<p>Уход за кожей, обтирание тела больного</p>		<p>ПРИГОТОВИТЬ: чистое полотенце, кувшин с теплой водой, вату, корнцанг, наволочку, чистое нательное белье. Вымыть руки горячей водой с мылом.</p>

		<p>1. ----- -----</p> <p>2. Тщательно отжать.</p> <p>3. Протереть кожу лица, заушную область и шею влажным концом полотенца, затем сухим.</p> <p>4. Откинуть одеяло, обнажать грудь и руки, снять рубашку.</p> <p>5. Смочить полотенце теплой водой, отжать и произвести обтирание верхней части туловища (сначала одну руку, затем другую, грудь и спину), вытереть насухо.</p> <p>6. -----</p> <p>7. Обнажить нижнюю часть туловища и произвести обтирание кожи живота, ягодиц, промежности и ног, таким же образом, укрыть одеялом.</p> <p>8. -----</p>
Уход за полостью рта		<p>ПРОТИРАНИЕ ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ ПРИГОТОВИТЬ: стерильный шпатель, корнцанг или пинцет, емкость с антисептическим р-ром (3% перекись водорода, р-р фурацилина 1 : 5000, 2% гидрокарбонат натрия), почкообразный лоток, стерильные ватные тампоны и марлевые салфетки, флакон со стерильным глицерином, стакан теплой кипяченой воды, полотенца. Придать больному удобное положение полусидя.</p> <p>-----</p> <p>Наклонить голову больного слегка вперед. Укрепить на корнцанге ватный тампон, открыть флакон с антисептическим р-ром полить на тампон над лотком и отжать. В левую руку возьмите шпатель, попросите больного открыть рот, оттяните шпателем угол рта в сторону и протрите тампоном сначала щечную поверхность зубов, затем зубы с внутренней стороны.</p> <p>-----</p> <p>Сменить тампон, в левую руку взять салфетку, обернуть язык и осторожно вытянуть его изо рта. Тампоном снять налет с языка, сменить тампон. Попросить больного прополоскать рот кипяченой водой (если позволяет его состояние) и сплюнуть в лоток. При сухости языка -----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения (приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие ХПН

При каких заболеваниях она возникает?

Назовите определение ОПН.

Назовите классификацию.

Назовите причины ХПН.

Какие бывают проблемы пациента при этом заболевании?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при заболеваниях опорно – двигательного аппарата (ОДА) и остеопорозе.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Выбатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано частично.)

Пациент Д. 52 года, медицинский диагноз: деформирующий остеоартроз коленных суставов, обратился на приём в поликлинику с жалобами на боли в коленных суставах, затруднения при ходьбе, увеличение суставов. Болен в течение 13 лет. Лечится регулярно. Работает грузчиком на складе. Женат, имеет двоих взрослых детей, обеспокоен своим будущим, боится, что не сможет доработать до пенсии.

ОБЪЕКТИВНО: температура 37,3° С, кожа над коленными суставами слегка гиперемирована, отёчна. Сустав деформирован, увеличен в объёме. При пальпации, активных и пассивных движениях суставы резко болезненны. ЧСС - 80 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст., ЧДД-18 в минуту.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Настоящие	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка

е	Потенциальны				
	Приоритетная				

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции.
Подготовка к рентгенографии позвоночника		----- ----- ----- ----- -----
Составить комплекс ЛФК		----- ----- ----- ----- -----
Проведение массажа пациенту		----- ----- ----- ----- -----

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие заболеваниям ОДА.

Что такое остеопороз?

Назовите определение артритов и артрозов.

Назовите классификацию..

Дайте понятие ДОА.

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности питания при заболеваниях

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы.

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
- 3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения.

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при ревматоидном артрите.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса при данном заболевании. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе, т.е. проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данном заболевании.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данном заболевании, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данном заболевании? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данным заболеванием:

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, назначаемые при данном заболевании.

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование дано частично.)

Пациентка Д. 32 года, медицинский диагноз: ревматоидный артрит, суставная форма, обратилась на приём в поликлинику с жалобами на отёчность и боли в мелких суставах кисти и в коленных суставах. Больна в течение 3 лет. Лечится регулярно. Работает бухгалтером. Замужем, имеет двоих детей (2 часа и 10 лет), обеспокоена своим будущим, боится, что не сможет вырастить детей.

ОБЪЕКТИВНО: температура 37,3° С, кожа над мелкими суставами гиперемирована, отёчна. При пальпации, активных и пассивных движениях суставы резко болезненны. ЧСС - 80 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст., ЧДД-18 в минуту.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –

долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с данным заболеванием. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции.
Бритьё лица		<p>ОСНАЩЕНИЕ: -----</p> <p>-----</p> <p>Алгоритм действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. ----- 3. Положите салфетку на лицо пациента на 5-7 минут. 4. ----- 5. Оттягивая кожу в направлении, противоположном движению станка, аккуратно побрите пациента. 6. ----- 7. Высушите лицо полотенцем. 8. Снимите перчатки, вымойте руки.
Приготовление и проведение гигиенической ванны		<p>Вымыть ванну щеткой мылом или чистящим средством, ополоснуть раствором хлорной извести.</p> <p>Закрывать форточки, около ванны поместить деревянную решетку.</p> <p>Наполнить ванну сначала на 1/3 холодной водой и на 2/3 – горячей.</p> <p>Измерить температуру воды, опустив термометр в ванну (должна быть 37° С или комфортная для пациента).</p> <p>Помогите больному раздеться и:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) удобно расположиться в ванне так, чтобы вода доходила до мечевидного отростка б) вымыться мочалкой с мылом (сначала голову, потом туловище) и вытереться в) выйти из ванны, переодеться в чистое белье <p>ПРИМЕЧАНИЕ:</p> <p>Продолжительность ванны ----- минут.</p> <p>Во время гигиенической ванны медсестра должна следить за -----</p> <p>-----</p> <p>Для приема гигиенического душа в ванну поставить табурет, на который будет садиться больной.</p>
Умывание пациента		<p>Пациентам, находящимся на постельном режиме, медсестра оказывает помощь при утреннем туалете.</p> <p>ОСНАЩЕНИЕ: -----</p> <p>-----</p> <p>Алгоритм действия:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте таз на стул рядом с кроватью. 2. Поверните пациента на бок или усадите его на край кровати, если нет противопоказаний. 3. ----- ----- 4. Дайте пациенту в руки мыло. 5. Поливайте над тазом из кувшина теплой водой на руки пациента, пока он не умоется. (Вместо кувшина можно использовать чайник, специально отведенный для этой цели и промаркированный "Для умывания пациентов"). 6. ----- ----- 7. Уберите таз, клеенку, полотенце. 8. ----- <p>ЗАПОМНИТЕ! Необходимо предоставить пациенту возможность самостоятельно выполнять посылы для него действия. Медсестра должна создать для этого условия, оказать пациенту необходимую помощь. Некоторые пациенты не могут умыться даже с чужой помощью. В этом случае медсестра сама умывает пациента. Оснащение: ----- -----</p> <p>Алгоритм действия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вымойте руки, наденьте перчатки. 2. ----- ----- 3. Умойте пациента (последовательно - лицо, шею, руки с помощью губки или рукавички). 4. ----- ----- 5. Снимите перчатки, вымойте руки.
--	--	---

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие ревматоидному артриту.

Назовите виды классификацию..

Назовите причины заболеваний.

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Что такое анкилоз?

Перечислите возможные осложнения.

Перечислите принципы лечения

Как осуществляется сестринский уход

Назовите принципы профилактики

Назовите особенности реабилитации

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;

контроль записей;

устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>

2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.

3 .Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160

с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ

<http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>

2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>

3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>

4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Тема занятия: Осуществление сестринского ухода при аллергических заболеваниях.

Цель работы: научиться организации сестринского процесса. Закрепить теоретические знания по данной теме и научиться применять их в практической работе (поиск аллергена, организация гипоаллергенного режима в стационаре и дома, обучение самоконтролю и самопомощи, анализ профессиональных перспектив), проводить правильную диагностику, оказывать неотложную помощь, лечение и уход. Продолжать совершенствование манипуляционной техники. Вырабатывать в себе морально-этические качества, необходимые медицинскому работнику.

Задание № 1.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при данной патологии.

Задание № 2.

Перечислите проблемы пациента, встречающиеся при данной патологии, и заполните таблицу:

Проблема пациента	Данные обследования

Задание № 3.

Как вы будете осуществлять реализацию проблем при данной патологии? Заполните таблицу.

Независимые действия медсестры	Взаимозависимые действия медсестры	Зависимые действия медсестры

Задание № 4.

Перечислите основные направления при лечении пациента с данной патологией (не забудьте включить сюда и неотложную помощь):

Задание № 5.

Заполните таблицу, используя рецептурный справочник. Выпишите основные лекарственные препараты, используемые при лечении аллергологических заболеваний (включая неотложную помощь):

Название препарата	Показания	Пути введения	Противопоказания. С какими препаратами не сочетается

Задание № 6.

Решите ситуационную задачу по теме занятия и заполните таблицу: (В целях экономии времени сестринское обследование приведено частично.)

В отделение поступила пациентка Р., 27 лет, медицинский диагноз - крапивница. Работает учителем музыки. Жалобы на высыпания на коже ног, ягодиц и живота, на лице. Зуд кожи, озноб. Сыпь появилась после того, как пациентка поела клубничный торт.

ОБЪЕКТИВНО: температура тела 37,6° С, на коже высыпания ярко-красного цвета размером от булавочной головки до пятирублевой монеты, выступающие над поверхностью кожи и заполненные прозрачной жидкостью, коросты. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС=82 в минуту, ЧДД=20 в минуту. Осуществите сестринский процесс.

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	План ухода	Мотивация	Роль больного и родственников	Оценка
Настоящие					
Потенциальные					
Приоритетная					

Цели: краткосрочная –
долгосрочная –

Задание № 7.

Вспомните, какие манипуляции необходимы при осуществлении сестринского процесса у больного с аллергией. Заполните таблицу, вставьте пропущенные алгоритмы манипуляции.

Манипуляция	Подготовка пациента	Основные этапы выполнения манипуляции
<p>Внутривенная инъекция - венепункция. Болюсное введение лекарства</p>	<p>Объяснить ход манипуляции, получить согласие</p>	<p>Алгоритм действия при выполнении внутривенной инъекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщите пациенту необходимую информацию о лекарственном веществе. 2. ----- 3. Соберите шприц емкостью 10-20 мл стерильным пинцетом. 4. ----- 5. Прочитайте надпись, дозу на ампуле, наберите лекарство из ампулы. При наборе лекарств, применяемых в малых дозах (например сердечные гликозиды - применяют в дозах от 0,1 до 0,5 мл), - применяется растворитель 20-2 часа 0% раствор глюкозы, изотонический раствор поваренной соли, вода для инъекций. Вначале наберите сердечные гликозиды, а затем раствор для разведения, для лучшего перемешивания раствора. 6. ----- 7. Наденьте перчатки. 8. Приготовьте не менее ----- шариков, смоченных спиртом. 9. Под локоть пациента подложите клеенчатую подушку, наложите жгут на плечо пациента (на 5 см выше локтевого сгиба на салфетку). При этом пульс на лучевой артерии не должен изменяться. Кожные покровы ниже места наложения жгута багровеют, вена набухает. Если наполнение пульса на лучевой артерии ухудшилось - ослабить жгут, если локтевая вена прощупывается плохо, конечность не багровеет, следует сильнее затянуть жгут. 10. ----- 11. Попросите пациента несколько раз сжать и разжать кулак, одновременно обработайте место инъекции одним ватным шариком, смоченным спиртом (широкая обработка от периферии к центру). 12. ----- 13. Обработайте место инъекции вторым ватным шариком. 12 часа. Натяните левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вену. Пациента попросите сжать кулак. 15. ----- 16. Убедитесь, что игла в вене - потяните поршень на себя - в шприце должна появиться кровь. 17. Развяжите жгут левой рукой, потянув на себя один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак. 18. ----- 19. Прижмите к месту инъекции 3-й стерильный ватный шарик, смоченный спиртом, извлеките иглу, попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе (ватку со спиртом оставляете на ----- минут, после чего вату со следами крови замочите в -----% растворе хлорамина).
<p>Неотложная помощь при анафилактическом шоке</p>		<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Требования к результатам работы, в т.ч. к оформлению.

Оформите дневники дуального обучения(приложение 1)

Вопросы для размышления и самоконтроля.

Дайте понятие холециститам.

Что такое аллергия?

Назовите определение аллергена

Назовите виды аллергозов, классификацию.

Дайте понятие крапивнице.

Дайте понятие отеку Квинке

Назовите причины .

Какие бывают проблемы пациента при этих заболеваниях?

Перечислите возможные осложнения.
Перечислите принципы лечения
Как осуществляется сестринский уход
Дайте понятие анафилактическому шоку
Алгоритм помощи при АШ.
Назовите принципы профилактики
Назовите особенности питания при аллергиях.

Критерии оценки:

оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если все задания выполнены верно; обучающийся правильно делает выводы, демонстрирует умения устанавливать причинно-следственные связи, уверенно работает с объектом исследования.

оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задания связанные с выбором правильного ответа выполнены верно, он демонстрирует умения работать с объектом исследования, но допущены неточности в измерениях, заполнении схемы.

оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если в заданиях запущены существенные ошибки, при этом обучающийся справляется с заданиями, требующими доказательного и развернутого вывода.

оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если во всех заданиях допущены ошибки и неточности.

Формы контроля за выполнением лабораторной и/или практической работы:

текущий контроль за ходом практической работы и соблюдением техники безопасности на рабочем месте;
контроль записей;
устное собеседование.

Список рекомендуемой литературы

1. Сединкина Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Электронный ресурс] / Сединкина, 2013 , ГЭОТАР-Медиа <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425077.html>
2. Т.В. Смолева «Сестринское дело в терапии» Ростов-на-Дону. Феникс, 2014г.
3. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с

Электронные ресурсы:

1. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОрГМУ <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog>
2. ЭБС IPRbook <http://www.iprbookshop.ru>
3. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru>
4. Сайт для медицинских сестер «YaMedsestra.ru»: <http://www.yamedsestra.ru>

Приложения

Профильные web – сайты интернета:

Электронная медицинская библиотека. на сайте размещены учебные медицинские фильмы, медицинские книги и методические пособия - <http://medkniga.at.ua>

Медицинская библиотека libopen.ru содержит и регулярно пополняется профессиональными интернет-ресурсами для врачей, добавляются образовательные материалы студентам. большая коллекция англоязычных on-line журналов. доступны для свободного скачивания разнообразные атласы, монографии, практические руководства и многое другое. все материалы отсортированы по разделам и категориям - <http://libopen.ru>

Медицинские фильмы, медицинские книги и методические пособия. все материалы отсортированы по разделам и категориям - <http://allmedbook.ru>.

Электронная медицинская энциклопедия (мэ), объединяющая в себе три печатных издания: шеститомную малую медицинскую энциклопедию (ммэ), вышедшую в свет в 1991-1996 гг., изданный в 1982-1984 годах трехтомный энциклопедический словарь медицинских терминов (эсмт), и однотомную популярную энциклопедию «первая медицинская помощь» (пмп), выпущенную в 1994 году. медицинская энциклопедия содержит подробное описание болезней, заболеваний, симптомов - <http://www.znaiu.ru>

Портал о здоровье - <http://www.likar.info>

Информационно – методический центр «экспертиза» - <http://www.crc.ru>

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения - <http://www.mednet.ru>

Информационно-справочный портал о медицине, здоровье и красоте. на сайте размещены учебные медицинские фильмы, медицинские книги и методические пособия - <http://doctorspb.ru>

Приложение 1

**ЗАПОЛНИТЕ СЕСТРИНСКУЮ ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ
КУРИРУЕМОГО ПАЦИЕНТА**

Прежде, чем Вы приступите к выполнению задания, еще раз повторите основные направления в работе:

При **обследовании** пациента четко разделять субъективное - на основе опроса и объективное - на основе обследования. Опрашивать пациента, членов семьи, знакомиться с медицинской документацией.

При выяснении **проблем пациента** (сестринские диагнозы) выделять: *физические* (боль, кашель и т.д.), *психосоматические* (страх смерти, обилие несуществующих жалоб и т.д.), *социально-духовные* (социальное окружение, общение, досуг и т.д.), *эмоциональные* (плаксивость, нервозность и т.д.).

При **планировании ухода** четко определять основные, сопутствующие, потенциальные проблемы и обязательно - приоритетную проблему. При определении целей - что делать первоначально, время для решения проблем, с чьей помощью решать проблему.

При **выполнении** - четко делить на *независимое самостоятельное* решение проблем (общий уход, обучение родственников правилам общего ухода за больным и т.п.), *зависимое* (выполнение назначений врача), *взаимозависимое* (привлечение других служб к уходу за пациентом).

При **оценке результатов** указывать - *цель*: достигнута, достигнута частично, не достигнута.

Предлагаемый перечень основных человеческих потребностей, исходя из которых выделяются проблемы пациента:

Нормальное дыхание

Адекватное питание и питье

Физиологические отправления

Движение

Сон

Одежда: способность одеваться, раздеваться, выбирать. Личная гигиена.

Поддержание нормальной температуры тела

Поддержание безопасности окружающей среды

Общение

Труд и отдых.

ПЕРВИЧНЫЙ СЕСТРИНСКИЙ ОСМОТР

Ф.И.О. медицинской сестры:-----

Ф.И.О. лечащего врача:-----

Наименование стационара-----
Отделение-----№ палаты-----
Дата поступления-----время поступления-----
Паспортные данные-----
Фамилия, имя, отчество-----

Дата, год рождения-----пол-----
Профессия-----должность-----
Адрес и телефон больного-----
Наличие и телефон родственников-----
Наличие страховки-----
Группа крови-----
Характер госпитализации (плановая, экстренная)-----
Предположительный врачебный диагноз-----

Требуемая транспортировка (кресло, каталка, костыли, самостоятельно и т. п.)-----
Источники информации-----
Мнение больного об исходе заболевания-----
Причина обращения-----

Проблемы пациента:

История развития медико-психологических проблем (начало проявления проблем, с чем они связаны, как развивались симптомы, периоды улучшения, ухудшения, госпитализации, эффект от предыдущего лечения)-----

Травмы и операции в прошлом-----
Краткая история жизни:
Место рождения-----
Образование-----
Социальный статус (замужем, женат, разведен, вдовец, дети, отношения в семье)-----

С кем проживает в настоящее время-----
Условия труда-----
Профессиональные вредности-----
Отношение к интоксикациям:
алкоголь-----
наркотики-----
табакокурение-----
злоупотребление кофе-----
токсикомании-----
злоупотребление лекарственными препаратами-----
Сексуальная жизнь (регулярность)-----
Наследственность (АГ, сахарный диабет и т.д.)-----

Эпидемиологический анамнез
туберкулёз-----
гепатит-----
другие инфекции-----
инъекции в течение 6 месяцев до госпитализации-----
Аллергологический анамнез:
непереносимость пищи-----
лекарственных препаратов-----

3. предметов бытовой химии-----
2 часа. другие аллергены-----
Гинекологический анамнез:
беременности-----
роды-----
аборты-----
гинекологические заболевания-----

Объективное обследование

1. НОРМАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

имеются ли проблемы с дыханием (да, нет)-----
характер дыхания (глубокое, поверхностное, ритмичное, аритмичное, свободное, затруднённое, шумное, ИВЛ, обычное)-----
дышит через рот или нос-----одышка-----
пользуется ли ингалятором (как часто)-----
требуется ли кислород (да, нет)-----

ЧДД-----кашель-----характер мокроты:-----

форма и симметричность грудной клетки-----
характеристика пульса-----
ритмичность-----частота-----
наполнение-----напряжение-----
симметричность-----дефицит пульса-----
АД (на правой руке)-----на левой-----

требуется ли специальное положение в постели (да, нет)-----

2. ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ

Особенности питания -----

Регулярность приёма пищи-----

аппетит-----

Диета-----

Предпочитаемая пища-----

необходимость обращения к диетологу (да, нет)-----

рост-----вес-----

конституция (астеник, нормостеник, гиперстеник)-----

тонус мышц-----

осмотр кожи и слизистых:

цвет-----влажность-----тургор-----

слизистые полости рта и зева-----

глотание (свободное, затруднено)-----

язык (чистый, обложен, сухой, влажный)-----

запах изо рта (есть, нет)-----

отёки (есть, нет)-----

подкожно-жировой слой (выраженность)-----

пьёт жидкости (достаточно, ограниченно, много)-----

водный баланс-----

имеются ли зубы (да, нет)-----

имеются ли съёмные зубные протезы (да, нет)-----

может ли самостоятельно питаться, пить или нужна помощь--

рвота-----характер-----

живот(мягкий, напряжен, болезненный, вздут, участвует в дыхании, наличие свободной жидкости в брюшной полости)-----

-----симметричность-----

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ

стул-----характер-----регулярность---

патологические примеси-----

мочеиспускание (свободное, затруднённое, катетером, частота)-----

-----цвет-----

использование слабительных (какие, указать)-----

искусственное отверстие (колостома, цистостома)-----

постоянный катетер-----

недержание мочи-----

недержание кала-----

4. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

зависим (да, нет)-----

применение приспособлений при ходьбе-----

опорно-двигательный аппарат-----

как далеко может передвигаться пешком (сам, с посторонней помощью)-----

5. СОН, ОТДЫХ

сон (продолжительность, встает ли ночью)-----

снотворные-----

засыпание-----

нуждается ли в дневном отдыхе-----

кошмары-----

6. СПОСОБНОСТЬ ОДЕТЬСЯ, РАЗДЕТЬСЯ, ВЫБРАТЬ ОДЕЖДУ. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА.

самостоятельно (да, нет)-----

какие имеются трудности-----

заботится ли о своей внешности-----

тремор (рук, головы, выраженность)-----

гигиеническое состояние (нуждается в мытье, чистота белья и т.п.)

способность к самоуходу (требуемая помощь)-----

возможность выбора одежды-----

риск развития пролежней-----

7. ПОДДЕРЖАНИЕ НОРМАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

температура тела-----

замечания-----

8. ПОДДЕРЖАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

состояние (удовлетворительное, ср. тяжести, тяжелое, крайне тяжелое) -----

поведение: обычное, спокойное, возбуждение, беспокойство, агрессивность, вялость, сонливость, заторможенность-----

положение в постели (активное, пассивное, вынужденное)-----

слух-----

зрение-----

ориентировка в месте, времени-----

риск получения травмы-----

трудности в понимании-----

9. ТРУД И ОТДЫХ

трудоспособность-----

потребность в работе-----

есть ли удовлетворение от работы-----

возможность отдыхать-----

предпочтительный вид отдыха-----
 увлечения-----
 возможность реализации-----

10. ВОЗМОЖНОСТЬ ОБЩЕНИЯ

разговорный язык-----
 психическое состояние собственной личности (может назвать имя, возраст и т.п.)-----

желание участвовать в беседе-----
 настроение (плаксивость, перевозность)-----

память-----
 критика (понимает ли, что болен)-----
 нужен ли слуховой аппарат (да, нет)-----
 есть ли очки-----
 отклонения от нормы в поведении-----
 образ жизни, круг интересов больного-----

социальный статус-----
 развлечения-----
 отдых-----
 верования-----
 образование-----

Нарушенные потребности:

План работы медицинской сестры

Проблемы пациента	Наблюдение	Уход	Работа с родственниками	Оценка эффекта
Основные				
Сопутствующие				
Потенциальные				
Приоритетная				

Осуществление сестринского процесса

Приоритетная проблема	Цели	План	Оценка, подпись м/с

Оценка состояния пациента в период лечения

Дата							
День №	1	2	3	4	5	6	7
Внешний вид:							
Сознание: ясное спутанное отсутствие							
Положение в постели: Активное Пассивное Вынужденное							
Окраска кожных покровов:							
Влажность слизистых:							
Наличие отеков:							

Определение массы тела:							
Определение роста:							
Измерение температуры тела:							
ЧДД							
Тип дыхательных движений:							
Пульс:							
АД							
Определение суточного диуреза							
Определение водного баланса							
Аллергия							
Наличие боли:							
Личная гигиена: самостоятельно треб. помощь							
Доп. активность: самостоятельно костыли трость каталка кресло							
Смена белья: самостоятельно треб. помощь							
Физиологические отправления: самостоятельно непроизвольно треб. помощь							
Купание: душ ванна в постели независимо							
Питание: самостоятельно треб. помощь независимость							
Отдых (сон)							
Возможность общения: -слух -зрение -речь							
Реакция на заболевание							
Потребность в общении							
Эмоциональное состояние							
Вредные привычки							

Оценка принимаемого лекарства

Название			
группа препарата			
фармакологическое действие			
показания			
побочные действия			
способ приёма			
время			
признаки передозировки			
доза			
особенности введения			
помощь при передозировке			

Рекомендации пациенту при выписке из стационара

Проблема	Подход к решению проблем	Рекомендации при долечивании на дому	Диспансерное наблюдение

МОДУЛЬ 2. «Сестринский уход при нарушениях здоровья пациентов хирургического профиля»

ЗАНЯТИЕ 1

Тема: «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. *Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика».*

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

Дайте определение асептики

Приведите примеры организационного метода асептики

Расскажите о методах обработки рук медицинского персонала

Приведите пример химического метода асептики

Приведите примеры физического метода асептики

Каковы режимы работы автоклава?

Перечислите методы обработки хирургических инструментов

Расскажите о ведущем методе стерилизации хирургических инструментов

Назовите препараты, используемые для холодной стерилизации

Перечислите физические методы контроля качества стерилизации

В чем состоит химический метод контроля качества стерилизации?

Дайте определение антисептики

Перечислите методы антисептики

Приведите примеры механической антисептики

Приведите примеры физической антисептики

Перечислите основные группы химических антисептиков

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Профилактика внутрибольничной хирургической инфекции. Асептика и антисептика».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- операционная медицинская сестра. Вам необходимо продемонстрировать универсальную укладку бикса.

Укладка бикса.

Цель: подготовка к стерилизации в автоклаве операционного белья, перевязочного материала, инструментария.

Показания: подготовка стерильного рабочего материала к накрытию стерильного стола, перевязкам, операциям, различным манипуляциям.

Оснащение: металлическая коробка (бикс), дезраствор для обработки бикса, простыни, салфетки, халаты, перевязочный материал, индикаторы контроля стерильности -3, клеёнка для маркировки бикса.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Проверить детали на герметичность определяя: -плотность закрытия крышки - легкость передвижения пояса и плотность совпадения отверстий корпуса с отверстиями пояса -прочность фиксации металлического пояса к корпусу зажимным устройством	Обеспечение сохранности стерильности.
Закрепить пояс в положении, при котором отверстия корпуса открыты.	Обеспечение сохранности стерильности.
Протереть бикс изнутри и снаружи 3% раствором хлорамина дважды, с интервалом 15 минут.	Дезинфекция. Уничтожение микрофлоры.
Застелить дно и стенки бикса салфеткой или наволочкой так, чтобы края ее свисали наружу.	Подготовка к закладке материала.
Уложить в бикс одним из способов операционное белье, перевязочный материал и др.	Подготовка к стерилизации.
Разместить в биксе индикаторы стерильности на трех уровнях	Контроль стерильности материала на 1 всех уровнях.
Закрывать крышку.	Подготовка к стерилизации.
Подготовка к стерилизации.	Доставка бикса по назначению, определение срока стерильности.

2. Вы- операционная медицинская сестра. Вам необходимо продемонстрировать технику обработки рук 0,5% раствором хлоргексидина.

Обработка рук 0,5% раствором хлоргексидина

Цель: подготовка рук к работе в стерильных условиях, профилактика ВБИ.

Показания: накрытие стерильного стола, перевязки ран, помощь хирургу при операциях и перевязках.

Оснащение: стерильные салфетки, стерильный лоток, раствор хлоргексидина биглюконата 0,5%.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Руки вымыть под проточной водой с мылом до локтей.	Механическая очистка кожи
Ополоснуть чистой водой.	Удаление мыльного раствора.
Осушить руки стерильной салфеткой или полотенцем.	Подготовка к обработке.
Взять в руки салфетку, смоченную 0,5% раствором хлоргексидина, слегка отжать ее в ладонь и смочить полученной жидкостью обе ладони (умыть), затем взять салфетку в правую руку и обработать ей левую руку до локтевого сгиба, последовательно: ладонная поверхность кисти, тыльная, межпальцевые промежутки, ногтевые ложа, предплечья. Затем переложить эту салфетку в другую руку и точно так же обработать ей правую руку до локтевого сгиба. Выбросить салфетку.	рук Последовательность первичной обработки кожи
Взять вторую салфетку, смоченную раствором и в той же последовательности обработать ей обе руки до уровня лучезапястных суставов. Выбросить салфетку. Продолжительность обработки 2-мя салфетками - 2-3 мин	Окончательное обеззараживание кожи.
Высушить руки	
Надеть стерильные перчатки	

3. Вы- операционная медицинская сестра. Вам необходимо продемонстрировать одевание стерильного халата на себя. Одевание стерильного халата (на себя).

Цель: соблюдение правил асептики при работе в перевязочной, операционной, профилактика ВБИ.

Показания: накрытие стерильного стола, работа со стерильным столом, перевязки, манипуляции, операции.

Оснащение: шапочка, маска, бикс с операционным бельем и перевязочным материалом, кожный антисептик для обработки рук, стерильный лоток, стерильный корнцанг или пинцет.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработайте руки одним из способов	Обеспечение асептических условий
Проверьте индикатор стерильности.	Профилактика ВБИ
Возьмите из бикса халат левой рукой за край ворота на вытянутой руке так, чтобы он не касался окружающих предметов и вашей одежды, разверните халат на всю длину, не загрязняя левую кисть, которая должна быть прикрыта халатом.	Обеспечение асептики.
Наденьте халат на правую вытянутую руку.	Обеспечение асептики.
Правой рукой возьмите за левый край ворота с лицевой стороны и наденьте халат на левую руку.	Обеспечение асептики.
Вытяните обе руки вперед и вверх, откиньте заднюю часть халата назад.	Обеспечение асептики.
Попросите помощника завязать тесемки халата сзади.	Обеспечение асептики.
Плотно оберните обшлага рукавов вокруг кистей и завяжите тесемки.	Обеспечение асептики.
Возьмите из кармана пояс и держа его так, чтобы помощник сзади мог взять концы его не касаясь халата и ваших рук и завяжите пояс сзади.	Обеспечение асептики.
	Профилактика ВБИ и перекрестной инфекции.

4. Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. Вам необходимо продемонстрировать надевание стерильных перчаток на себя. Надевание стерильных перчаток (на себя)

Цель: профилактика ВБИ, личная защита, соблюдение правил асептики.

Показания: работа со стерильным столом, перевязки, участие в операциях.

Оснащение: стерильные перчатки из стерильного бикса или из стерильной упаковки.

Стерильные перчатки надеваются на предварительно вымытые и обработанные одним из антисептиков руки.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Развернуть стерильную упаковку с перчатками	Подготовка к манипуляции
Взять правую перчатку левой рукой, подведя 2,3,4,5 пальцы левой кисти под отворот перчатки	Техника манипуляции.
Сомкнуть пальцы правой кисти и ввести их в перчатку.	Техника манипуляции.
Разомкнуть пальцы правой кисти и натянуть перчатку на пальцы.	Техника манипуляции.
Завести отворот перчатки на манжет халата	Техника манипуляции.
Взять левую перчатку правой рукой и надеть её в той же последовательности.	Техника манипуляции.
Обработать перчатки шариком со спиртом.	Удаление талька.

5. Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. Вам необходимо продемонстрировать технику накрывания стерильного стола. Накрывание стерильного стола.

Цель: подготовка к работе перевязочной, операционной.

Показания: перевязки, операции, манипуляции с соблюдением правил асептики.

Стерильный стол накрывается утром, перед началом работы. Стол сохраняет стерильность в течение рабочей смены (6 часов) Если стерильным столом не пользовались - он сохраняет стерильность в течение суток.

Оснащение: стол, дезраствор для обработки стола, кожный антисептик, бикс со стерильными простынями -2, халатами-2, пленки-4, перевязочным материалом; стерильные инструменты, цапки-2.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Надеть шапочку, тщательно убрав волосы под шапочку, маску. Протереть стол дважды ветошью с дезраствором	Предупреждение попадание микроорганизмов на стерильный стол. Дезинфекция рабочей поверхности стола.
Проверить герметичность бикса, маркировку.	Убедиться в возможности использования данного бикса.
Вымыть руки, обработать их одним из способов.	Уничтожение микроорганизмов на коже рук.
Открыть педалью бикс, проверить индикаторы, Осторожно отвернуть края стерильной наволочки или салфетки наружу, прикрыв нестерильные края бикса, достать стерильный халат и одеть его.	Соблюдение правил асептики.
Надеть стерильные перчатки	Соблюдение правил асептики.

Достать сложенную в 2 слоя простыню и накрыть ею стол так, чтобы края простыни свисали на 20-30 см ниже поверхности стола	Создание барьера для проникновения микрофлоры с поверхности стола.
Возьмите из бикса вторую простыню, сложенную в 4 слоя и положите на стол так, чтобы 2 слоя лежали на поверхности стола, а 2 верхних слоя сложите гармошкой к задней поверхности стола.	Создание барьера для проникновения микроорганизмов из внешней среды.
Находящиеся в биксе пеленки, перевязочный материал положите на стол	Подготовка стерильного стола к работе. При строго определенном порядке раскладывания вырабатывается навык быстрого и правильного применения их.
Достаньте из сухожарового шкафа сетку со стерильными инструментами, поставьте на стерильный стол и разложите инструменты в нужном порядке.	Подготовка стерильного стола к работе. При строго определенном порядке раскладывания вырабатывается навык быстрого и правильного применения их.
Стерильными щипцами захватите 2 отвернутых кзади края простыни и закройте стол так, чтобы края простыни с щипцами свисали вниз.	Защита стерильного материала от внешней среды.
Прикрепите бирку с датой и часом накрытия стола и подписью медсестры.	Контроль сохранения стерильности.
Все предметы со стерильного стола берутся стерильными пинцетами или корнцангами.	Сохранение стерильности и предупреждение инфицирования обеспечивается при бесконтактном методе работы.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 2.

Тема: «Организация сестринского ухода при кровотечении».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при кровотечении.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при кровотечении»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

Дайте определение понятия «кровотечение» и «кровопотеря».

Назовите общие симптомы при значительной кровопотери

Перечислите местные симптомы кровотечения (легочное, желудочно-кишечное, в различные полости).

Каковы особенности кровопотери у детей, стариков, женщин?

Назовите классификацию кровотечения: по причине, механизму возникновения, виду кровоточащего сосуда, месту излития крови, времени возникновения, интенсивности.

Дайте краткую характеристику артериального, венозного, капиллярного и паренхиматозного кровотечения.

Расскажите о диагностике наружного и внутреннего кровотечения – субъективных жалобах, объективных признаках кровотечений?

Перечислите виды остановки кровотечения.

Укажите способы и методы временной и окончательной остановки кровотечения

Назовите осложнения кровотечений

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при кровотечении».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- медицинская сестра приёмного отделения. Поступил пациент с артериальным кровотечением из средней трети левого предплечья. Вам нужно наложить кровоостанавливающий жгут.

Наложение кровоостанавливающего жгута при артериальном кровотечении

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: артериальное кровотечение.

Оснащение: кровоостанавливающий жгут, салфетка, бумага, карандаш, ИПП, шина Крамера.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Наденьте на руки перчатки.	Обеспечение личной защиты.
Убедитесь в наличии артериального кровотечения.	Наличие показаний для наложения жгута
Разъясните пострадавшему ход манипуляции, успокойте его	Психологическая подготовка пациента.
Придайте конечности возвышенное положение по отношению к сердцу	Обеспечение оттока венозной крови из конечности для сохранения ОЦК.
Выберите правильно место наложения жгута (выше раны, по возможности близко к ней).	Профилактика осложнений.
На место предполагаемого наложения жгута положите мягкую прокладку из ткани или расправьте одежду.	Профилактика повреждения кожи.
Умеренно растяните жгут руками, подведите его под конечность и наложите первый циркулярный тур так, чтобы начальный участок жгута перекрылся последующим туром.	Этапы наложения жгута.
Зафиксируйте жгут.	Этапы наложения жгута.
Подложите под жгут записку с указанием времени наложения жгута (дата, час, минута), фамилией и должностью оказавшего первую помощь.	Профилактика некроза конечности. Жгут следует ослаблять каждые 20-30 минут и держать максимально 1 час зимой и 1,5-2 часа летом.
На рану наложить асептическую повязку. Конечность утеплить, но так, чтобы жгут был виден при транспортировке.	Профилактика осложнений.
Выполнить транспортную иммобилизацию	Создание покоя, уменьшение боли.

2. Вы- медицинская сестра приёмного отделения. Поступил пациент с венозным кровотечением из средней трети правого предплечья. Вам нужно наложить давящую повязку.

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: венозное кровотечение.

Оснащение: салфетки (ИПП), пинцеты (2 шт.), резиновые перчатки, валик из ваты и марли, раствор антисептика для кожи.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Вымыть и обработать руки, надеть и обработать перчатки	Профилактика вторичного инфицирования раны, обеспечение личной безопасности
Усадите или уложите пациента	Создание условий для выполнения манипуляции.
Двухкратно обработать кожу вокруг раны раствором антисептика (спирт 70%, йодонат, хлоргексидина биглюконат и др.).	Профилактика вторичного инфицирования раны.

На рану наложите подушечку индивидуального перевязочного пакета (ИПП) или стерильную салфетку	Профилактика вторичного инфицирования раны.
Поверх подушечки или салфетки наложите марлевый пелот (валик) так, чтобы он приходился как раз на рану.	Профилактика вторичного инфицирования раны.
Зафиксируйте повязку бинтовыми турами, делая перекрест бинта над раной и постоянно натягивая бинт.	Обеспечение давления на рану с целью остановки кровотечения
Выполнить транспортную иммобилизацию	Создание покоя, уменьшение боли.

3. Вы - перевязочная сестра хирургического отделения. В отделении находится пациент с кровоточащей трофической язвой в области нижней трети правой голени. Вам нужно наложить гемостатическую губку на рану.

Цель: временная остановка кровотечения.

Показания: капиллярные и небольшие венозные кровотечения из поверхностных ран.

Оснащение: стерильные - пинцет, шарики и салфетки, ножницы, гемостатическая губка, растворы антисептиков; нестерильные – пинцет, ножницы, бинт.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Объясните пациенту суть и цель предстоящей манипуляции.	Для обеспечения эмоционального покоя пациента
Обработайте руки и наденьте перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности.
Нестерильными ножницами раскройте старую повязку и осторожно нестерильным пинцетом снимите ее.	Для непосредственного выполнения манипуляции
Двукратно обработайте края раны (спирт этиловый 70%, спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата, йодопирон и др.).	Для профилактики вторичного инфицирования раны.
Промойте рану растворами антисептиков (3% перекись водорода, фурацилин), просушите стерильными шариками.	Для уменьшения кровотечения и уменьшения микробной контаминации.
Нестерильными ножницами вскройте пакет, в который упакована губка и достаньте внутренний пакет с помощью стерильного пинцета	Для обеспечения выполнения манипуляции
Стерильными ножницами вскройте внутренний пакет и с помощью стерильного пинцета извлеките губку.	Для обеспечения выполнения манипуляции.
Стерильными ножницами отрежьте кусочек губки нужного размера (по размеру раны) и уложите его на поверхность раны. Слегка прижмите губку пинцетом к ране.	Для наиболее плотного контакта губки с тканями раны.
Наложите поверх губки стерильную салфетку и зафиксируйте ее тугими бинтовыми турами (можно с перекрестом бинта над гемостатической губкой).	Для закрепления повязки и наиболее плотного соприкосновения гемостатической губки с раной.
Объясните пациенту, что участку тела, на котором расположена рана, необходимо обеспечить возвышенное.	Для уменьшения кровотечения и профилактики нарастания отека.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 3.

Тема: «Организация сестринского ухода при раневом процессе».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при раневом процессе.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при раневом процессе»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

- Дайте понятие о ранах, клинических признаках ран.
- Расскажите о классификации ран.
- Дайте понятие об операционной ране.
- Перечислите фазы течения раневого процесса.
- Назовите виды заживления ран.
- Каковы принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях?
- Какова роль медицинской сестры в профилактике раневых осложнений?
- Перечислите принципы первичной хирургической обработки раны.
- Назовите виды хирургических швов.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при раневом процессе».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- медицинская сестра операционного блока. Вам необходимо продемонстрировать наложение кожного узлового шва на рану.

Наложение кожного узлового шва на рану.

Цель: сведение краев раны, ускорение заживления раны.

Показания: наличие чистой раны (послеоперационной, после ПХО).

Оснащение: стерильные перчатки, кожный антисептик, стерильный перевязочный материал, стерильный шприц с иглой, раствор новокаина 0,5%, пинцеты хирургические -2, иглодержатель, иглы режущие -2, шовный материал, ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработать руки одним из способов.	Соблюдение асептики.
Надеть стерильные перчатки.	Обеспечение личной защиты
Кожу вокруг раны обработать одним из антисептических растворов 2 раза	Снижение степени инфицированности.
Произвести местную инфильтрационную анестезию.	Исключение болевого синдрома
Зафиксировать иглу в иглодержателе и заправить в нее нить	Подготовка к манипуляции
Захватить край раны хирургическим пинцетом	Фиксация кожи.
Сделать вкол иглы перпендикулярно поверхности кожи на расстоянии 0,5 - 1 см от края раны.	Выполнение шва.
Провести иглу через кожу стенку и дно раны и вывести иглу с другой стороны раны перпендикулярно поверхности кожи на расстоянии 0,5 - 1 см от края раны.	Выполнение шва.
Перехватить иглодержатель за кончик иглы.	Выполнение шва.
Вывести иглу из тканей, придерживая кожу пинцетом, освободить иглу от нити.	Выполнение шва.
Завязать концы нити на одной стороне от раны на 3 узла. При завязывании проследить, чтобы край кожи раны не подвернулся внутрь.	Фиксация лигатуры, способствование заживлению первичным натяжением.
Отрезать излишек нити от узла на 0,5-1 см.	Снижение степени инфицированности.
Следующий шов накладывается на расстоянии 1-2 см.	Создание прочной фиксации тканей.
Шов обработать антисептиком 2 раза, промокательными движениями.	Снижение степени инфицированности.
Наложить сухую асептическую повязку.	Снижение степени инфицированности.

2. Вы- медицинская сестра операционного блока. Вам необходимо продемонстрировать технику снятия кожных швов с раны.

Снятие швов

Цель: удаление шовного материала.

Показания: заживление раны, необходимость раскрытия раны при нагноении, кровотечении из раны.

Оснащение: кожный антисептик, стерильный перевязочный материал, пинцеты анатомические -2, ножницы остроконечные или скальпель.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработать руки одним из способов	Соблюдение правил асептики
Надеть стерильные перчатки	Обеспечение личной защиты
Снять повязку с раны	Обеспечение доступа к ране
Обработать шов и кожу вокруг него антисептическим раствором (иодонат, хлоргексидин, лижен и т.д.) промокательными движениями 2 раза, подсчитать количество швов	Снижение степени инфицированности
Анатомическим пинцетом захватить первый узел и слегка оттянуть его вверх и в сторону до появления светлой, неокрашенной нити	Обеспечение доступа, снижение степени инфицированности
Подвести под светлую часть нити один конец остроконечных ножниц или скальпель и пересечь лигатуру у поверхности кожи	Снижение степени инфицированности
Пинцетом, осторожно, извлечь лигатуру за узел и поместить ее на стерильную салфетку.	Снижение степени инфицированности
Таким образом снять все швы, подсчитать их	Контроль количества снятых швов
Кожный рубец обработать антисептиком промокательными движениями	Снижение степени инфицированности
Наложить сухую асептическую повязку.	Снижение степени инфицированности

3. Вы- медицинская сестра отделения гнойной хирургии. Обратился пациент, на 3-ий день после вскрытия фурункула на левой щеке.

Вам необходимо провести перевязку гнойной раны.

Перевязка гнойной раны.

Цель: удаление гнойного содержимого из раны, профилактика вторичного инфицирования, создание условий для заживления раны.

Показания: наличие гнойной раны.

Оснащение: защитные очки, маска, фартук клеенчатый, перчатки, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 3, пуговчатый зонд, резиновые дренажи, стерильный перевязочный материал, растворы антисептиков, мази, гипертонический раствор, ёмкость с дезраствором.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Наденьте защитные очки, маску, фартук, перчатки	Обеспечение личной защиты
Разъясните пациенту смысл манипуляции, успокойте его	Психологическая подготовка пациента.
Осуществляйте перевязку бесконтактным способом, не касаясь раны и перевязочного материала руками.	Защита от инфицирования. Предупреждение перекрестной инфекции.
Снимите пинцетом старую повязку и сбросьте ее в емкость для отходов. Присохшую повязку предварительно смочите антисептическим раствором (3% раствор перекиси водорода или 0,5% раствор перманганата калия). Пинцет поместите в дезраствор	Профилактика ВБИ. Уменьшение боли.
Оцените состояние раны	Установление фазы раневого процесса
Обработайте кожу вокруг раны кожным антисептиком. При наличии на коже гнойного отделяемого – в начале осушите кожу сухим шариком.	Предупреждение вторичного инфицирования.
Обработайте рану, в зависимости от фазы раневого процесса. Если в ране - гной, промойте рану 3% раствором перекиси водорода и затем осушите рану сухим шариком.	Удаление раневого отделяемого.
Смените пинцет на стерильный.	Профилактика дальнейшего инфицирования
В зависимости от фазы раны наложите новую повязку: -в первой фазе - ввести дренаж и поместить на рану салфетку смоченную гипертоническим раствором. -во второй фазе - поместить салфетку с мазью или антисептическим раствором.	Дренирование. Ускорение заживления раны
Зафиксировать повязку одним из способов. Помогите пациенту встать.	Защита раны. Создание удобства пациенту.
Использованные инструменты поместить в емкость с дезраствором	Профилактика ВБИ.
Снимите перчатки и сбросьте их в емкость с дезраствором.	Инфекционная безопасность
Выймите руки.	Охрана здоровья персонала.

4. Вы- перевязочная медицинская сестра. Вам необходимо продемонстрировать перевязку чистой послеоперационной раны.**Перевязка чистой послеоперационной раны**

Цель: профилактика инфицирования раны, послеоперационных осложнений

Показания: наличие чистой послеоперационной раны.

Оснащение: стерильные перчатки, стерильный халат, маска, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 2, стерильный перевязочный материал, бинт или лейкопластырь, ёмкость с дезраствором. Оснащение: стерильные перчатки, стерильный халат, маска, кожный антисептик, стерильные пинцеты - 2, стерильный перевязочный материал, бинт или лейкопластырь, ёмкость с дезраствором.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
-------	-------------

Вымойте и обработайте руки антисептиком	Профилактика ВБИ
Наденьте стерильный халат и перчатки.	Обеспечение личной защиты
Разъясните пациенту ход манипуляции	Психологическая подготовка пациента
Снимите пинцетом старую повязку и поместите ее в емкость для отходов. Использованный пинцет положите в емкость с дезраствором	Профилактика ВБИ
Оцените состояние раны	Контроль степени заживления
Возьмите пинцетом стерильную салфетку, смочите ее кожным антисептиком и обработайте рану от центра к периферии двукратно	Профилактика гнойно-септической инфекции.
Следите за реакцией пациента, работайте так, чтобы процедура не вызывала боли и беспокойства	Сведение к минимуму чувства страха, боли, беспокойства
Положите на рану сухую стерильную четырехслойную салфетку и зафиксируйте ее одним из способов (бинт, клеевая повязка и т.д.).	Профилактика гнойно-септической инфекции
Использованные инструменты поместите в емкость с дезраствором	Предупреждение распространения ВБИ и перекрестной инфекции.
Помогите пациенту встать и вернуться в постель	Создание удобства пациенту, предупреждение осложнений.
Снимите перчатки и сбросьте их в дезраствор.	Инфекционная безопасность
Вымойте руки.	Охрана здоровья персонала

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 4.

Тема: «Организация сестринского ухода при проведении десмургии».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при проведении десмургии.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при проведении десмургии»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

1. Назовите основные типы повязок и дайте им краткую характеристику.
2. Назовите виды мягких повязок с учетом их функционального назначения.
3. Перечислите основные правила бинтования.
4. Каковы разновидности бинтовых повязок с учетом техники их наложения?
5. Какие существуют правила использования индивидуального перевязочного пакета?
6. Укажите виды повязок, применяемых на конечностях пострадавшего?
7. Назовите виды повязок, применяемых на голове пострадавшего.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при проведении десмургии».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Вы- перевязочная медицинская сестра. К вам поступил пациент с ранением теменной части головы. Определите вид необходимой повязки и правильно наложите её.

Наложение повязки «Шапочка Гипократа»

Показание: Повязку накладывают для остановки кровотечения и фиксации перевязочного материала при ранениях и ожогах теменной части головы.

Оснащение: два бинта шириной 10 сантиметров

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Взять 2 бинта, развернуть их на длину 15 см, наложить конец одного бинта на конец другого (свернуть один навстречу другому); получится бинт с двумя головками.	Приготовление бинта с двумя головками
Взять бинт с двумя головками в левую и правую руку. Приложить бинт к затылочной части головы и вести обе головки бинта к лобной области.	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб и вести обе головки бинта к затылочной области.	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб. Переложить головки бинта: левую головку – в правую руку, а правую головку – в левую руку.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинт в левой руке вести через теменную область головы к лобной, бинт в правой руке вести вокруг головы к лобной части. Сделать перегиб в области лба.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинт в правой руке вести через теменную область головы к затылку (закрывая 1/2 предыдущего тура), бинт в левой руке ведем вокруг головы к затылку.	Приготовление бинта с двумя головками
Переложить головки бинта из правой руки в левую и наоборот. Бинтовать так до тех пор, пока не закроется теменная область головы.	Приготовление бинта с двумя головками
Зафиксировать бинт в левой руке в области затылка.	Приготовление бинта с двумя головками
Бинтом в правой руке сделать закрепляющий тур вокруг головы	Приготовление бинта с двумя головками
Сделать перегиб в области затылка, вести бинт правой и левой рукой навстречу друг другу к лобной части. Завязать на узел. Срезать остатки бинта.	Закрепление повязки.

2.Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. В отделение поступил пациент с ранением теменной части головы. Вам нужно наложить повязку «Чепец»

Наложение повязки «Чепец».

Показание: повязку накладывают при ранении лобной и затылочной части головы.

Оснащение: бинт средней ширины и бинтовая полоска.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Взять кусок бинта длиной 80—90 см, положить его на область темени так, чтобы концы спускались вертикально вниз впереди ушных раковин.	
Натянуть оба конца бинта.	

Сделать 2—3 закрепляющих тура вокруг головы цельным бинтом, перекрывая полоску. Провести бинт по лобной поверхности до завязки.	
Обогнуть завязку в виде петли и вновь направить бинт на лоб.	
Повторить циркулярные ходы вокруг головы, прикрывая предыдущий ход на 1/2 или 2/3 до полного покрытия головы.	
Закончить бинтование двумя закрепляющими турами и зафиксировать конец бинта у одной из завязок.	Закрепление повязки.
Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.	Закрепление повязки.

3. Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. В отделение поступил пациент с повреждением подбородка. Вам нужно наложить повязку «Уздечка».

Наложение повязки «Уздечка».

Показание: повязку накладывают при повреждении лица, нижней челюсти, лобной части головы.

Оснащение: бинт шириной 7 – 10 см, булавка или лейкопластырь, ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Сделать 2 циркулярных закрепляющих хода вокруг головы через затылочные и лобные бугры.	
Провести бинт косо по затылочной области, под ушной раковиной к подбородку и провести вертикально вверх на противоположной стороне лица спереди от противоположной ушной раковины.	
Сделать несколько вертикальных круговых ходов через теменную и подбородочную области, спереди ушных раковин.	
Из-под подбородочной области вывести бинт на затылок, провести косо вверх, выйти на лоб.	
Сделать циркулярные ходы вокруг головы через затылочные и лобные бугры	
Зафиксировать конец бинта на лобной части головы вне раневой поверхности булавкой или лейкопластырем.	Обеспечение фиксации повязки.

4. Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. В отделение поступил пациент с переломом левой ключицы. Вам нужно наложить повязку «Дезо».

Наложения повязки «Дезо»

Показание: повязка применяется для фиксации верхней конечности при травмах ключицы, плечевой кости.

Оснащение: широкий бинт, ватно-марлевый валик, ножницы, булавка или лейкопластырь.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Положить ватную подушечку в подмышечную впадину поврежденной верхней конечности.	
Придать поврежденной конечности среднефизиологическое положение (согнуть в локтевом суставе и привести к груди) очень осторожно.	

Прибинтовать плечо к грудной клетке циркулярным ходом, начиная со «здоровой стороны» — I тур.	
Направить бинт из «здоровой» подмышечной впадины к надплечью «больной» руки косо вверх, перекинуть через него назад и спустите вертикально вниз до локтевого сустава — II тур	
Обогнуть локтевой сустав, поддерживая предплечье и кисть поврежденной руки, направить бинт косо вверх подмышечную впадину «здоровой» стороны, провести его на заднюю поверхность грудной клетки — III тур.	
Направить бинт косо вверх по спине на «больное» надплечье, перекинуть через него и провести спереди вдоль плеча вниз к локтевому суставу. Подхватить руку в верхней трети предплечья и направить бинт на заднюю поверхность грудной клетки — IV тур	
Направить бинт в подмышечную впадину «здоровой» стороны по спине	
Повторить туры несколько раз до полной фиксации руки.	
Закрепить бинт одним из способов.	Закрепление повязки.

5.Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. В отделение поступил пациент с отморожением всех пальцев левой кисти. Вам нужно наложить повязку «Варежка».

Наложение повязки «Варежка»

Показание: повязка применяется при отморожениях, ранениях, ожогах всех пальцев кисти.

Оснащение: бинт шириной 7-10 см, стерильные салфетки.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
При наложении повязки уложить стерильные салфетки между пальцами	Предупреждение опрелостей.
Сделать циркулярный закрепляющий ход вокруг запястья.	
Провести бинт косо к концевым фалангам по тыльной поверхности кисти. Перекинуть бинт через пальцы, и провести бинт по ладонной поверхности кисти к запястью.	
Сделать несколько возвращающихся ходов, полностью закрывая пальцы (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).	
Направить бинт косо к концевым фалангам и поменять направление бинта.	
Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев. Сделать несколько поперечных циркулярных ходов к запястью, кисти.	
Провести бинтование большого пальца руки.	
Закрепить бинт вокруг запястья.	Закрепление повязки.

6.Вы- медицинская сестра перевязочного кабинета. В отделение поступил пациент с отморожением 2, 3, 4 пальцев кисти. Вам нужно наложить повязку «Перчатка».

Наложение повязки «Перчатка»

Цель: Фиксация части тела в определенном положении (накладывается при ожогах, ранениях и воспалительных заболеваниях пальцев кисти).

Показание: повязка применяется при отморожениях, ранениях, ожогах всех пальцев кисти.

Оснащение: почкообразный тазик со стерильными салфетками; пинцет; стандартный бинт шириной 3-5 см; ножницы.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Установить доверительные отношения с пациентом. Объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.	Мотивация пациента к сотрудничеству. Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.
Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.	Достижение эффективного проведения процедуры. Соблюдение личной гигиены медсестры
Усадить пациента лицом к себе	Обеспечение контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию. Обеспечение

	контроля за состоянием и реакцией пациента на выполняемую манипуляцию.
Встать лицом к пациенту и повернуть его кисть ладонью вниз	
Наложить стерильные салфетки на раны пальцев	
Сделать первый циркулярный (фиксирующий) тур вокруг запястья;	
Начинать повязку на левой руке с пятого пальца, а на правой - с большого пальца	
Провести второй тур косо по тыльной поверхности кисти к ногтевой фаланге соответствующего пальца	
Сделать несколько туров вокруг пальца от его конца до основания	
Возвращаться от основания пальца по тылу кисти на запястье	
Сделать циркулярный тур вокруг запястья и вести бинт к ногтевой фаланге следующего пальца. Чередовать ходы бинта, пока не забинтуются все пальцы. Фиксировать повязку циркулярным туром на запястье. Излишки бинта срезать ножницами.	Закрепление повязки

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 5.

Тема: «Организация сестринского ухода в периоперативном периоде».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода в периоперативном периоде.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода в периоперативном периоде»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

Каковы принципы обследования и подготовки пациента к операции?

Назовите виды оперативных вмешательств по сроку и исходу.

Перечислите показания к операции

Дайте определение понятия предоперационный период: определение, задачи, этапы.

Укажите виды предоперационной подготовки.

Какова роль м/с в подготовке пациентов к операции?

В чем состоит роль дополнительных методов обследования в диагностике хирургических заболеваний?

Перечислите основные виды и методы исследования: лабораторные, инструментальные, функциональные, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, радиоизотопные, биопсия. Подготовка больных.

Сформулируйте понятие о послеоперационном периоде, его задачи.

Дайте характеристику неосложненного послеоперационного периода по системам и принципам сестринского ухода за пациентом.

Какова роль м/с в профилактике и своевременном выявлении послеоперационных осложнений?

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода в периоперативном периоде».

Методы контроля: Самостоятельная работа

1. Исследование артериального пульса на лучевой артерии

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Часы или секундомер.
2. Температурный лист.
3. Ручка, бумага.

Подготовка к процедуре

4. Объяснить пациенту цель и ход исследования.
5. Получить согласие пациента на исследование.
6. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры

7. Во время процедуры пациент может сидеть или лежать (руки расслаблены, руки не должны быть на весу).
8. Прижать 2, 3, 4 пальцами (1 палец должен находиться со стороны тыла кисти) лучевые артерии на обеих руках пациента и почувствовать пульсацию.
9. Определить ритм пульса в течение 30 секунд.
10. Выбрать одну удобную руку для дальнейшего исследования пульса.
11. Взять часы или секундомер и исследовать пульсацию артерии в течение 30 секунд. Умножить на два (если пульс ритмичный). Если пульс не ритмичный — считать в течение 1 минуты.
12. Прижать артерию сильнее, чем прежде, к лучевой кости и определить напряжение пульса (если пульсация исчезает при умеренном нажатии — напряжение хорошее; если пульсация не ослабевает — пульс напряжённый; если пульсация полностью прекратилась — напряжение слабое).
13. Записать результат.

Окончание процедуры

14. Сообщить пациенту результат исследования.
15. Помочь пациенту занять удобное положение или встать.
16. Вымыть и осушить руки.
17. Записать результаты исследования в температурный лист (или план сестринского ухода).

2. Техника измерения артериального давления

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Тонометр.
2. Фонендоскоп.
3. Ручка.
4. Бумага.
5. Температурный лист.
6. Салфетка со спиртом.

Подготовка к процедуре

7. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 5 -10 минут до его начала.
8. Уточнить у пациента понимание цели исследования и получить его согласие.
9. Попросить пациента лечь или сесть к столу.
10. Вымыть и осушить руки.

Выполнение

11. Помочь снять одежду с руки.
12. Положить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, на уровне сердца, мышцы расслаблены.
13. Наложить манжету на 2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты).
14. Закрепить манжету так, чтобы между манжетой и поверхностью плеча проходили два пальца.
15. Проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки.
16. Найти (пальпаторно) пульс на лучевой артерии, быстро нагнетать воздух в манжету пока не исчезнет пульс, посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра, быстро выпустить весь воздух из манжеты.
17. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану стетофонендоскопа.
18. Закрывать вентиль на груше и накачать в манжету воздух. Воздух нагнетать до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям тонометра не превысит на 30 мм рт. ст., тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии или тоны Короткова.
19. Открыть вентиль и медленно, со скоростью 2–3 мм рт.ст. в секунду, выпускать воздух из манжетки. Одновременно стетофонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показаниями шкалы манометра.
20. При появлении над плечевой артерией первых звуков отметить уровень систолического давления.
21. Продолжая выпускать воздух из манжеты отметить уровень диастолического давления, который соответствует моменту полного исчезновения тонов на плечевой артерии.
22. Повторить процедуру через 2–3 минуты.

Завершение процедуры

23. Данные измерения округлить до ближайшего чётного числа, записать в виде дроби (в числителе — систолическое АД, в знаменателе — диастолическое АД).
24. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.
25. Записать данные исследования в температурный лист (протокол к плану ухода, амбулаторную карту).
26. Вымыть и осушить руки.

3. Определение частоты, глубины и ритма дыхания

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Часы или секундомер.
2. Температурный лист.
3. Ручка, бумага.

Подготовка к процедуре

4. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса.
5. Получить согласие пациента на проведение исследования.
6. Попросить пациента сесть или лечь, чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки и/или живота.
7. Вымыть и осушить руки.

Выполнение процедуры

8. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, держать руку пациента запястьем, положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или на эпигастральную область (у мужчин), имитируя исследование пульса и считать дыхательные движения за 30 секунд, умножив результат на два.
9. Записать результат.
10. Помочь пациенту принять удобное для него положение.

Окончание процедуры

11. Вымыть и осушить руки.
12. Записать результат в лист сестринской оценки и температурный лист.

4.Алгоритм измерения роста, массы тела и ИМТ

Оснащение

1. Ростомер.
2. Весы.
3. Перчатки.
4. Одноразовые салфетки.
5. Бумага, ручка

Подготовка и проведение процедуры

6. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (обучению измерения роста, массы тела и определения ИМТ) и получить его согласие.
7. Вымыть и осушить руки.
8. Подготовить ростомер к работе, поднять планку ростомера выше предполагаемого роста, положить салфетку на площадку ростомера (под ноги пациента).
9. Попросить пациента снять обувь и встать на середину площадки ростомера так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком.
10. Установить голову пациента так, чтобы козелок ушной раковины и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
11. Опустить планку ростомера на голову пациента и определить на шкале рост пациента по нижнему краю планки.
12. Попросить пациента сойти с площадки ростомера (при необходимости — помочь сойти). Сообщить пациенту о результатах измерения, записать результат.
13. Объяснить пациенту о необходимости измерения массы тела в одно и тоже время, на голодный желудок, после посещения туалета.
14. Проверить исправность и точность медицинских весов, установить равновесие (для механических весов) или включить (для электронных), постелить салфетку на площадку весов
15. Предложить пациенту разуться и помочь ему встать на середину площадки весов, провести определение массы тела пациента.
16. Помочь пациенту сойти с площадки весов, сообщить ему результат исследования массы тела, записать результат.

Окончание процедуры

17. Надеть перчатки, снять салфетки с площадки ростомера и весов и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Поверхность ростомера и весов обработать дезинфицирующим раствором однократно или двукратно с интервалом 15 минут в соответствии с методическими указаниями по применению дезинфицирующего средства.
18. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором,
19. Вымыть и осушить руки.
20. Определить ИМТ (индекс массы тела) — масса тела (в кг) / рост (в м)² Индекс меньше 18,5 — недостаточная масса тела; 18,5 — 24,9 — нормальная масса тела; 25 — 29,9 — избыточная масса тела; 30 — 34,9 — ожирение I степени; 35 — 39,9 — ожирение II степени; 40 и больше — ожирение III степени. Записать результат.
21. Сообщить пациенту ИМТ, записать результат.

5.Постановка пузыря со льдом

Алгоритм выполнения

Оснащение

1. Пузырь для льда.
2. Пеленка или полотенце.
3. Кусочки льда.
4. Кувшин с водой Т — 14 — 16 С.
5. Термометр (водный).

Подготовка к процедуре

6. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на процедуру.
7. Вымыть и осушить руки.
8. Положить в пузырь подготовленные в морозильной камере кусочки льда и залить их холодной водой (Т — 14 — 16°С).
9. Положить пузырь на горизонтальную поверхность для вытеснения воздуха и завернуть крышку.
10. Перевернуть пузырь со льдом вниз крышкой, проверить герметичность и завернуть его в пелёнку или полотенце.

Выполнение процедуры

11. Положить пузырь на нужный участок тела на 20–30 минут.
12. Снять пузырь со льдом через 20 минут (повторить п.п. 11–13) .
13. По мере таяния льда, воду можно сливать, а кусочки льда добавлять.

Окончание процедуры

14. Осмотреть кожу пациента, в области применения пузыря со льдом.
15. По окончании процедуры воду слить, пузырь обработать ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором бактерицидного действия двукратно с интервалом 15 минут.
16. Вымыть и осушить руки.
17. Сделать отметку о выполнении процедуры и реакции на неё пациента в карте стационарного больного.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 6.

Тема: «Организация сестринского ухода при местной хирургической инфекции».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при местной хирургической инфекции.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при местной хирургической инфекции»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

1. Дайте понятие определения хирургической инфекции.
2. Назовите самых частых возбудителей хирургической инфекции.
3. Какие факторы имеют значение в возникновении хирургической инфекции?
4. Какое практическое значение имеет знание о том, что возбудитель – анаэроб?
5. Что такое вирулентность?
6. Что такое «входные ворота» инфекции?
7. Дайте классификацию хирургической инфекции.
8. Назовите признаки местной реакции организма на инфекцию.
9. Каковы признаки общей реакции организма на инфекцию?
10. Назовите защитные механизмы организма от инфекции.
11. Каковы основные принципы местного лечения хирургической инфекции?
12. Назовите принципы общего лечения хирургической инфекции.
13. Перечислите основные нозологические формы местной хирургической инфекции.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при местной хирургической инфекции».

Алгоритм выполнения

1. Проведение «Туалета гнойной раны в стадии дегидратации»

Цель: создать условия для быстрого заживления раны.

Показания: наличие гнойной раны.

Противопоказания: нет

Осложнения: нет.

Оснащение: стерильные инструменты (пинцеты, зажимы, зонды, ножницы, шпатель для наложения мази, шприцы, дренажи), стерильный перевязочный материал (марлевые шарики и салфетки), стерильные растворы (3%-ная перекись водорода, 10%-ный раствор хлористого натрия, 0,02%-ный раствор фурацилина), 96%-ный спирт, клеол, 1%-ный нашатырный спирт, мази синтомициновая, актовегиновая), 5%-ный раствор марганцовокислого калия или 1-10%-ный раствор ляписа, бинты, вата, турунда.

Алгоритм выполнения

Этапы	Обоснование
Обработайте руки одним из способов	Обеспечение асептических условий
На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурацилина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCl 10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т.д.	Для качественного выполнения манипуляции
Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом.	Качественность выполнения манипуляции.
Закрываем стерильный стол	Соблюдение принципов асептики.
Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.	Психологическая подготовка, воздействие.
Снимаем пинцетом прежнюю повязку и сбрасываем её в таз с дезраствором.	
Кожу обрабатываем спиртом по направлению к ране. Затем промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода, тщательно сушим вокруг.	Создание условий для быстрого заживления раны.
На салфетку шпателем наносим мазь по назначению врача. Салфетку с мазью накладываем на рану. Фиксируем перевязочный материал по правилам десмургии.	Соблюдение принципов асептики.

Алгоритм выполнения

2. Уход за дренажами

Показания: обеспечение функционирования дренажей и т. п., профилактика осложнений, связанных с нахождением дренажей в ране, полости.

Гнойные раны

Раны после вскрытия абсцессов, флегмон

Гнойный плеврит, гемоторакс и пневмоторакс;

Перитонит
Абсцессы брюшной полости
Гнойный артрит

Оснащение:

оснащение для туалета раны.
изотонический раствор натрия хлорида (0,9%).
банки для сбора отделяемого, трубки.
кожные антисептики (спиртовые, водные).

Принципы ухода:

1. М/с должна успокоить больного и объяснить ему, что дренирование произведено для нормального заживления раны.
2. Чтобы постель не запачкалась отделяемым из раны, на матрац кладут клеенку, на простынь – подстилку.
3. Не допускать изменения положения больного без разрешения врача.
4. Наблюдать за положением и функционированием дренажа после изменения положения больного.
5. При обильном промокании повязки, когда по коротким дренажам и тампонам отток идет на повязку, ее необходимо регулярно менять.

Старую повязку м/с аккуратно снимает стерильными инструментами, осушает рану и кожу вокруг нее, обрабатывает кожу антисептиком и, сменив инструменты, накладывает сухую повязку.

6. Длинную дренажную трубку либо подсоединяют к отсасывающей системе, либо погружают в сосуд с раствором фурацилина (150 мл 1:5000) и фиксируют к кровати.
7. Своевременно удалять из банки скопившееся отделяемое.
8. Чтобы дренаж не выпал из раны, его фиксируют к коже швами и полосками липкого пластыря.
9. Количество отделяемого, поступившего в сосуд за сутки или за время наблюдения (часы) медсестра отмечает в температурном листе.
10. Смена, подтягивание, укорочение дренажей и тампонов проводится врачом во время очередной перевязки.
11. При воспалении кожи вокруг дренажа сообщить врачу.
12. Уход за раной вокруг дренажа проводить по общим правилам: 1-я перевязка – на 1 – 2-й день после операции, в последующем – через 2-3 дня или по показаниям.
13. Выпавшие дренажи и тампоны нельзя пытаться вставить обратно; о выпадении дренажей докладывают лечащему или дежурному врачу;
14. При уходе за дренажами с активной аспирацией следят, чтобы система оставалась герметичной (отрицательное давление 10-40 мм рт. ст.)
15. Наблюдение за скоростью поступления отделяемого, его количеством и качеством позволяет судить о течении послеоперационного периода, диагностировать осложнения (кровотечение, перфорация полого органа и др.).
16. При закупорке дренажа фибрином, слизью (пробка) или при его перегипе под руководством врача промывают закупоренный дренаж антисептиками, антибиотиками, отсасывают его содержимое и восстанавливают функцию.
17. При уходе за проточно-промывными аспирационными дренажами тщательно следят за соотношением количества вводимой и аспирируемой жидкости: уменьшение количества оттекающей жидкости по сравнению с вводимой требует прекращения введения антисептических средств и выяснения причины.
18. После чистых операций тампоны и дренажи, установленные для удаления скапливающейся крови, извлекают на 2-3 день в чистой перевязочной.
19. Дренажи и тампоны, предназначенные для отведения экссудата, гноя, желчи удаляют постепенно, по мере уменьшения или прекращения отделяемого (в среднем на 4 – 14 сутки);
20. Удаление дренажей производится во время перевязки. М/с обрабатывает кожу вокруг дренажа раствором антисептика, снимает шов, которым пришит дренаж, после чего его извлекает лечащий врач. Оставшееся после дренажа отверстие, перевязочная м/с осушает, обрабатывает йодом и закрывает стерильной повязкой.
21. Тампоны периодически заменяются, удаляются, подтягиваются и укорачиваются только врачом, но не позднее 4 – 6 суток после их введения или предыдущей манипуляции.
22. Если в ране несколько тампонов, то вначале удаляется один тампон, при последующих перевязках – другие. Если же в ране один тампон, то он постоянно подтягивается, укорачивается, и в конце концов удаляется.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 7.

Тема: «Организация сестринского ухода при термических ожогах, электротравме, отморожении».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при термических ожогах, электротравме, отморожении.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при термических ожогах, электротравме, отморожении»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

Дайте определение понятия ожоги.

Какова классификация и клиника термических ожогов?

Как осуществляется определение степени и площади повреждения тканей?

Перечислите виды термических ожогов.

В чем заключается первая помощь при ожоге?

Дайте определение понятия ожоговая болезнь, ожоговый шок.
Каковы основные принципы лечения ожоговой болезни и ожогового шока?
Как осуществляется лечение термических ожогов?
Дайте определение понятия отморожения.
Какова классификация и клиника отморожений.
Назовите основные принципы местного и общего лечения отморожений.
Дайте определение понятия электротравма.
В чем заключается действие на организм электрического тока?
Какова клиника и лечение электротравмы?

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при термических ожогах, электротравме, отморожении».

Алгоритм выполнения

1. Проведение перевязки послеожоговой раны

Цель: Профилактика осложнений.

Показание: При лечении ожоговой раны

Оснащение:

стерильный лоток;
резиновые перчатки;
перевязочный материал;
пинцеты;
ножницы;
шприц с инъекционной иглой;
раствор антисептика;
0,5 % раствор новокаина;
70° этиловый спирт;
ранорасширители;
раствор антибиотика.

Последовательность действий:

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
Обработать руки гигиеническим способом.
Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Надеть резиновые стерильные перчатки.
Отмочить повязку перед перевязкой раствором антисептика.
Осторожно снять пинцетом грязную повязку.
Обработать кожу вокруг 70° этиловым спиртом салфеткой на пинцете.
Провести местное обезболивание одним из способов.
Обработать ожоговую поверхность путем орошения антисептическими растворами и растворами антибиотика.
Высушить ожоговую поверхность салфеткой на пинцете.
Иссечь ножницами лоскуты вскрывшихся пузырей.
Наложить пинцетом на ожоговую поверхность влажно высыхающую повязку не более двух слоев с раствором антисептика.
Наложить мягкую бинтовую повязку.
Провести иммобилизацию конечности косыночной повязкой.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.
Обработать руки гигиеническим способом.
Отработанный инструмент и перевязочный материал поместить в разные емкости с дезинфицирующим раствором.
Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

2. Определение площади ожога по правилу «девятка».

Для приблизительного определения площади ожога при оказании доврачебной помощи может служить расчет по так называемому правилу девяток (см. Рис.).

Если всю поверхность кожи человека принять за 100%, то на голову и шею приходится 9%, на верхнюю конечность — 9%, на нижнюю — 18%, на заднюю и переднюю поверхности туловища — по 18%, на промежность и половые органы — 1%.

Расчет этот очень приблизительный, но позволяет объективно, хотя и грубо, оценить обширность ожога.

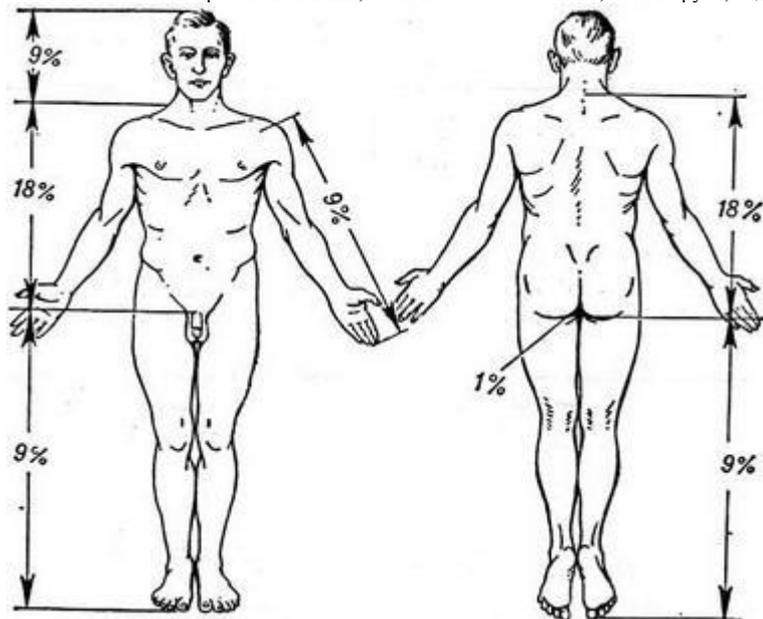


Рис. 1. Схема для определения площади ожога по «правилу девяток» (в процентах к общей поверхности тела).

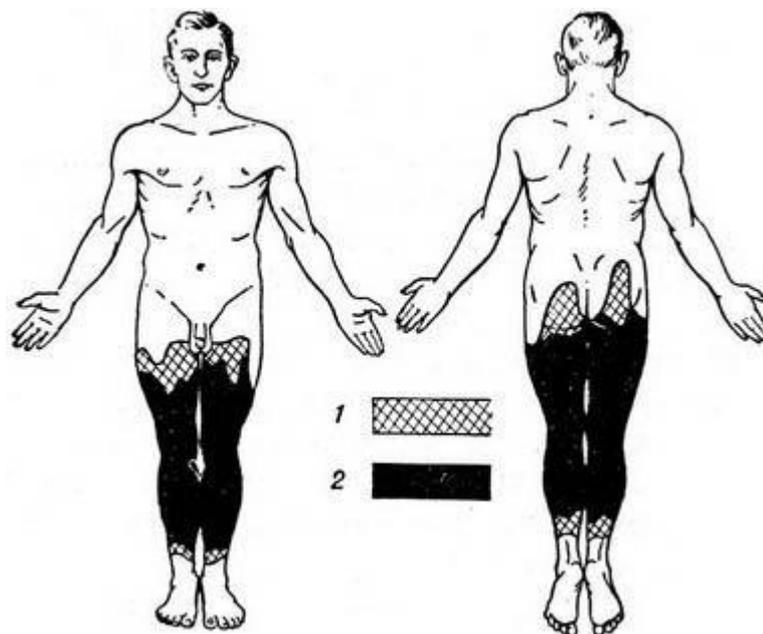


Рис.2. Обозначение на схеме локализации и характера ожогов: 1 — III степени; 2 — IV степени



Рис.3. Ожог кипятком III ст. левой стопы.



Рис.4. Комбинированная травма – ожог пламенем взрыва II-III ст. туловища, рук, ног S=20% п.т.

3. Определение площади ожога по правилу «ладони».

Для определения площади ожогов, особенно когда они расположены в различных областях тела и в мозаичном порядке, можно пользоваться "правилом ладони".

Известно, что ладонь вместе с пальцами составляет около 1 % поверхности тела. Сколько ладоней пострадавшего уместится над ожоговой поверхностью, такова и площадь ожогов.

Существует и метод Постникова для определения площади ожогов. В педиатрических ожоговых центрах для более точного определения площади ожогов используют таблицы Блохина, где отражается и глубина поражения кожи.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 8.

Тема: «Организация сестринского ухода при травмах конечностей, позвоночника и таза».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при травмах конечностей, позвоночника и таза.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при травмах конечностей, позвоночника и таза»

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

Дайте определения понятия травма
Каковы основные характеристики травматических механических повреждений?
Назовите классификацию переломов.
Дайте краткую характеристику клиническим признакам переломов.
Какова первая помощь при переломах?
Дайте определение понятия вывих.
Назовите классификацию вывихов.
Дайте краткую характеристику клиники и методам лечения вывихов.
Каковы особенности сестринского ухода при повреждениях

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при травмах конечностей, позвоночника и таза».

Алгоритм выполнения

1. Наложение шины Крамера при переломе плеча

Цель: Иммобилизация руки.

Оснащение:

Шина Крамера (120 см);

бинты (10-15 см);

ножницы;

валик;

ватно-марлевые прокладки.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетанов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

К одному концу шины (по углам) привязать два марлевых бинта длиной 80 см каждый, скрученных жгутом.

На здоровой конечности измерить расстояние от основания пальцев к надплечью здоровой стороны, фиксировать к кисти, предплечью и плечу спиральной повязкой.

Затем провести моделирование шины на себе: в образовавшийся угол поставить свой локоть (правой или левой руки в зависимости от травмы у пациента). Второй рукой взять другой конец шины и натянуть ее до спины.

Опираясь рукой, которая лежит на шине, сделать туловищем движения в сторону – получите изгиб шины, соответствующий контурам плеча и спины.

Шину Крамера наложить по задней поверхности плеча, фиксируя при этом суставы – плечевой, локтевой, лучезапястный.

Поврежденная рука должна быть в физиологическом положении: в локтевом суставе прямой угол, плечо несколько отведено от туловища (вложить в подмышечную впадину валик), ладонь повернута к туловищу, пальцы полусогнуты.

Костные выступы и суставы изолировать прокладками.

Шину, которая расположена от основания пальцев к надплечью здоровой стороны, фиксировать к кисти, предплечью и плечу спиральной повязкой, а в области плечевого сустава – колосовидной (см. соответствующую повязку).

Концы марлевых жгутов, прикрепленных к верхнему концу шины, привязать к противоположному концу на предплечье.

Руку дополнительно иммобилизовать косыночной повязкой.

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.



Рис.1. Наложение шины Крамера при переломе плеча.

Алгоритм выполнения

2. Наложение шины Крамера при переломе предплечья

Цель: Иммобилизация костей предплечья.

Оснащение:

Шина Крамера длиной 80 см;

бинты шириной 10 см;

валик;

прокладки ватно-марлевые;

косынка;

ножницы.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетонов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

На здоровой конечности отмерить расстояние от основания пальца до локтевого сустава и согнуть шину под прямым углом.

Второй конец шины должен достать середины плеча.

Наложить шину на поврежденную руку так, чтобы ладонная поверхность кисти была повернута к туловищу, пальцы полусогнуты (вложить валик в ладонь), локтевой сустав под прямым углом.

Костные выступы изолировать прокладками.

Шину фиксировать к руке спиральной повязкой снизу-вверх.

Конечность дополнительно иммобилизовать косыночной повязкой.

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.

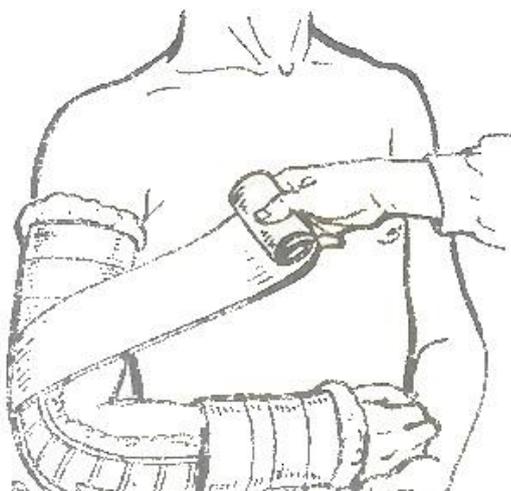


Рис.2. Наложение шины Крамера при переломе костей предплечья.

Алгоритм выполнения

3. Наложение шины Крамера при переломе костей голени

Цель: Иммобилизация костей голени.

Оснащение:

Шины Крамера;

бинты;

ножницы;
прокладки ватно-марлевые.

Последовательность выполнения:

Провести психологическую подготовку пациента.

Обработать руки гигиеническим способом.

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Провести обезболивание анальгетиками общего действия (кетонов).

Предоставить пациенту удобное для него положение (сидя).

Встать лицом к пациенту.

Взять шину Крамера, которая была подготовлена для работы ранее (обложена ватой и перебинтована).

Приложить шину длиной 120 см к стопе здоровой ноги и на уровне пальцев согнуть шину под прямым углом.

Расположить шину под поврежденную ногу так, чтобы голеностопный сустав был согнут под прямым углом, а шина достигала середины

бедр.

Вторую шину согнуть под пятой в виде буквы «и» (от средней трети бедра по наружной поверхности к внутренней поверхности голени).

На костные выступы положить прокладки.

Зафиксировать шины бинтами к ноге, начиная от пальцев (при бинтовании ногу положить на валик).

Продезинфицировать использованное оснащение.

Вымыть и высушить руки.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Написать направление в травматологическое отделение, где указать диагноз и меры по оказанию первой медицинской помощи.

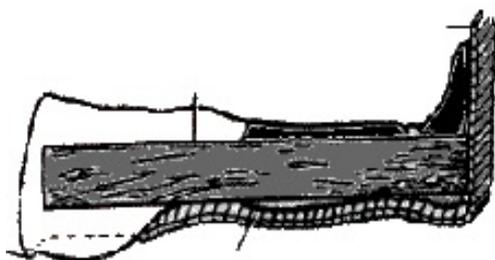


Рис.3. Наложение шины Крамера при переломе костей голени.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

ЗАНЯТИЕ 9.

Тема: «Организация сестринского ухода при заболеваниях и травмах брюшной полости».

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме организация сестринского ухода при заболеваниях и травмах брюшной полости.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ:

Задание 1. *Ответьте на контрольные вопросы по изучаемой Вами теме: «Организация сестринского ухода при заболеваниях и травмах брюшной полости»*

Форма контроля знаний: Фронтальный опрос

1. Что понимается под диагнозом «острый живот»?

2. Какова тактика медсестры при подозрении на острый живот?

3. Повреждения каких органов чаще встречаются при закрытой травме живота?

4. Какова тактика при открытых травмах живота?

5. Повреждения каких органов чаще встречаются при открытой проникающей травме живота?

6. Какова тактика при открытых травмах живота?

7. Причины и клинические симптомы при остром перитоните.

8. Принципы оказания неотложной доврачебной помощи при остром перитоните.

9. Охарактеризуйте основные принципы сестринского ухода за пациентом при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Критерии оценки теоретических вопросов.

5 (отлично) – студент обладает глубокими и прочными знаниями программного материала; при ответе на вопросы продемонстрировал исчерпывающее, последовательное и логически стройное изложение; правильно сформулировал понятия и закономерности по вопросам; использовал примеры из дополнительной литературы и практики; сделал вывод по излагаемому материалу;

4 (хорошо) – студент обладает достаточно полным знанием программного материала; его ответ представляет грамотное изложение учебного материала по существу; отсутствуют существенные неточности в формулировании понятий; правильно применены теоретические положения, подтвержденные примерами; сделан вывод.

3 (удовлетворительно) – студент имеет общие знания основного материала без усвоения некоторых существенных положений; формулирует основные понятия с некоторой неточностью; затрудняется в приведении примеров, подтверждающих теоретические положения.

2 (неудовлетворительно) – студент не знает значительную часть программного материала; допустил существенные ошибки в процессе изложения; не умеет выделить главное и сделать вывод; приводит ошибочные определения; наводящие вопросы не помогают.

Задание 2. Продемонстрируйте умения выполнения алгоритма практических манипуляций по теме: «Организация сестринского ухода при заболеваниях и травмах брюшной полости».

Алгоритм выполнения

1. Подготовка пациента к эндоскопическим методам исследования пищеварительной системы.

Цель: Подготовить пациента к осмотру слизистой оболочки пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания:

Желудочное кровотечение.

Непроходимость пищевода.

Возможные проблемы пациента:

Негативное отношение пациента к предстоящей манипуляции.

Страх перед вмешательством.

Повышенный рвотный рефлекс.

Оснащение: Полотенце.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Дайте пациенту накануне исследования в 18 часов легкий ужин.

Предупредите, чтобы утром пациент не пил, не ел, не курил, не принимал лекарств.

Сопроводите пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни и полотенцем.

Попросите пациента после процедуры не есть 1-2 часа.

Оценка достигнутых результатов: Слизистая оболочка пищевода, желудка и 12-перстной кишки осмотрены, получено заключение врача.

Обучение пациента или его родственников: Консультативный тип вмешательства в соответствии с вышеописанной последовательностью действий медицинской сестры.

Алгоритм выполнения

2. Подготовка пациента к УЗИ

Цель: Подготовить пациента к исследованию.

Показания: Назначение врача.

Противопоказания: Острые повреждения кожи над обследуемым органом, ушибы и др.

Возможные проблемы пациента: Необоснованный отказ от вмешательства.

Оснащение:

Полотенце.

Тапочки.

Простыня и др. (в зависимости от исследуемого органа).

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Дайте пациенту полотенце или салфетку.

Проводите пациента до кабинета УЗИ.

Оценка достигнутых результатов: Пациент к исследованию подготовлен

Алгоритм выполнения

3. Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию желудка и тонкой кишки

Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования и получить его согласие на исследование.

Объяснить пациенту ход предстоящей подготовки:

за 2-3 дня до исследования из диеты исключают продукты, способствующие газообразованию: черный хлеб, картофель, квашеную капусту, сырые овощи и фрукты и т.д.;

При наличии упорных запоров и метеоризма -вечером и утром, накануне исследования, за 1,5-2 часа, поставить очистительную клизму;

Вечерний прием пищи не позднее 20ч;

Утром, накануне исследования, исключить завтрак, прием лекарственных средств через рот.

Проинформировать пациента о точном времени и месте проведения исследования.

Попросить пациента повторить ход подготовки к исследованию (в амбулаторных условиях).

Алгоритм выполнения

4. Наложение асептической повязки на рану.

Цель: Фиксация перевязочного материала.

Оснащение стерильные:

перевязочный материал;

пинцеты;

клеол (или липкий пластырь);

ножницы;

тупфер для клеола.

1. Подготовка к процедуре:

Объяснить пациенту цель и ход процедуры.

Обработать руки гигиеническим способом.

Подготовить необходимое оснащение и оборудование.

2. Выполнение процедуры:

Надеть стерильные резиновые перчатки.

Предложить пациенту занять удобное для него положение (сидя, лежа).

Встать лицом к пациенту.

С помощью двух пинцетов наложить на рану стерильный перевязочный материал.

Кожу вокруг перевязочного материала смазать клеолом (пользуйтесь тупфером).

Через 1-2 мин., когда клеол немного подсохнет, положить поверх перевязочного материала салфетку, чтобы ее края заходили на 2 -3 см за пределы клеола.

Салфетку натянуть и плотно прижать к обработанной клеолом поверхности кожи, свободные края отрезать.

Проверить правильность повязки, чтобы она надежно закрывала поврежденный участок.

3. Окончание процедуры:

Снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции.

Обработать руки гигиеническим способом.

Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» - затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Модуль 3. «Сестринский уход при нарушениях здоровья пациентов педиатрического профиля»

1. Недоношенный ребенок и уход за ним.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Недоношенный ребенок и уход за ним.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Недоношенный ребенок и уход за ним.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Недоношенный ребенок и уход за ним.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. У недоношенного новорожденного отмечается

- громкий крик
- мышечный гипертонус
- мышечная гипотония
- спонтанная двигательная активность

2. Средняя масса тела доношенного новорожденного ребенка составляет в (г):

- а) 2000 – 2500
- б) 2500 – 3000
- в) 3000 – 3500
- г) 4000 – 4500

3. Признаками недоношенного новорожденного являются:

- а) масса тела менее 2500г
- б) яички опущены в мошонку
- в) ногти достигают конца фаланг
- г) твердые ушные раковины.

4. Причина гипотермии недоношенного новорожденного ребенка:

- а) высокое содержание бурого жира
- б) низкое содержание бурого жира
- в) увеличение теплопродукции
- г) увеличение теплоотдачи.

5. В кувез помещают недоношенного новорожденного с массой тела (г):

- а) 2100
- б) 1900
- в) 1700
- г) 1500

6. Сестринское вмешательство при перинатальной энцефалопатии:

- а) организация покоя
- б) кормление через зонд
- в) кормление из бутылочки
- г) кормление грудью.

7. Критерий перевода недоношенного новорожденного с зондового кормления на кормление из бутылочки

- а) появление сосательного рефлекса
- б) прибавка массы тела
- в) увеличение комочков Биша
- г) исчезновение физиологической диспепсии

8. Признакам недоношенного новорожденного является:

- а) гестационный возраст менее 38 недель
- б) вес 3000г
- в) длина 48 см
- г) плотные ушные раковины.

Вариант2.

Выберите один правильный ответ:

1. Критерий перевода недоношенного с зондового питания на кормление из бутылочки:

- а) появление сосательного рефлекса
- б) восстановление дыхания
- в) появление глотательного и сосательного рефлексов
- г) нормальная температура тела.

2. Сестринское вмешательство при недоношенности 1 степени:

- а) возвышенное положение
- б) согревание
- в) кормление через зонд

г) холод над головой.

3. У глубоко недоношенных детей состояние родничков:

- а) все закрыты
- б) открыт большой
- в) открыт большой и малый
- г) открыт большой, малый и боковые

4. Признаками недоношенного новорожденного являются:

- а) масса тела менее 2500г
- б) яички опущены в мошонку
- в) ногти достигают конца фаланг
- г) твердые ушные раковины.

5. Причина гипотермии недоношенного новорожденного ребенка:

- а) высокое содержание бурого жира
- б) низкое содержание бурого жира
- в) увеличение теплопродукции
- г) увеличение теплоотдачи.

6. В кувез помещают недоношенного новорожденного с массой тела (г):

- а) 2100
- б) 1900
- в) 1700
- г) 1500

7. Для обработки пупочной ранки применяют:

- а) 70% этиловый спирт
- б) 50% р-р перманганата калия
- в) 3% перекись водорода, 1% бриллиантовый зеленый
- г) 2% бикарбонат натрия

8. Асфиксия тяжелой степени характеризуется по шкале Апгар:

- а) 0 - 3
- б) 4 - 7
- в) 5 - 8
- г) 7 - 10

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

8 правильных ответов - отлично

5 - 7 правильных ответов - хорошо

4 - 3 правильных ответов - удовлетворительно

2 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Недоношенный ребенок и уход за ним.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

В стационаре находится ребенок 7 дней, родился от матери при сроке беременности 30 недель, с массой – 2 кг. Женщина постоянно наблюдалась в женской консультации с угрозой прерывания беременности, неоднократно находилась в стационаре. После поднятия тяжести началась родовая деятельность. Длительность периода родов 2 часа 30 минут. Роды самостоятельные. При обследовании кожные покровы бледные с явлениями акроцианоза, подкожно - жировой слой не развит, большой родничок 5*5 см, большие половые губы не прикрывают малые.

Задания:

Определите степень недоношенности ребенка.

Дайте рекомендации по уходу за ребенком.

Дайте рекомендации по питанию ребенка.

Задача № 2.

В отделение недоношенных поступил ребенок с массой тела – 2200. Родился при сроке беременности 32 недели. Родовая деятельность появилась после длительного переезда в автобусе. Продолжительность родов 14 часов. Роды самостоятельные. Ребенок закричал сразу после рождения. Однако, на второй день жизни был помещен в кувез т.к. нарастала синюшность и мраморность кожных покровов, появилась выраженная вялость, адинамия, ребенок отказался сосать. Со стороны сердечно – сосудистой системы отмечалось увеличение числа сердечных сокращений до 180 в минуту.

Задания:

Определите степень недоношенности ребенка.

Составьте план сестринского ухода с определением неотложных мероприятий.

Правила содержания кувеза.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Недоношенный ребенок и уход за ним.

Вы медицинская сестра отделения новорожденных и недоношенных детей. Измерьте рост ребенка.

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ РОСТА ДЕТЯМ ДО ОДНОГО ГОДА

1. Оснащение манипуляции:

1. Ростомер (горизонтальный, вертикальный)
2. Ёмкость с 3% раствором хлорамина,
3. Салфетка,
4. Пелёнка
5. Ручка,
6. История развития ребенка (ф.112)

2. Подготовка к манипуляции:

1. Объяснить маме или ребёнку ход манипуляции, получить согласие
2. Провести санитарную обработку рук
3. Протереть ростомер 3% раствором хлорамина двукратно с интервалом в 15 минут
4. У детей 1 года рост измеряется горизонтальным ростомером,

3. Выполнение манипуляции:

1. Горизонтальный ростомер покрыть чистой пеленкой так, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению подвижной планки
2. Положить ребенка на ростомер головой к неподвижной планке
3. Выпрямить ноги ребенка, нажав на колени
4. Подвинуть подвижную планку ростомера к подошвам малыша
5. По шкале ростомера определить длину тела ребенка

4. Завершение манипуляции:

1. Убедиться, что пациент не испытывает неудобств
2. Вымыть и осушить руки
3. Полученные данные записать в ф.112, сообщить о них родителям или ребёнку.

ПРИМЕРНЫЕ НОРМЫ НАРАСТАНИЯ РОСТА РЕБЕНКА 1 ГОДА:

МЕСЯЦ ЗА МЕСЯЦ

- 1 месяц 3 см.
- 2 месяца 3 см.
- 3 месяца 2,5 см.
- 4 месяца 2,5 см.
- 5 месяцев 2 см.
- 6 месяцев 2 см.
- 7 месяцев 2 см.
- 8 месяцев 2 см.
- 9 месяцев 1,5 см.
- 10 месяцев 1,5 см.
- 11 месяцев 1,5 см.
- 12 месяцев 1,5 см.

2) Вы медицинская сестра стационара – продемонстрируйте методику оксигенотерапии.

Оксигенотерапия недоношенного новорожденного.

Оснащение:

- Источник кислорода.
- Аппарат Боброва.
- Увлажнитель кислорода.
- Стерильный носоглоточный катетер.
- Стерильные пинцеты и шпатель.
- Стерильный материал (марлевые салфетки).
- Лоток для оснащения и для отработанного материала.
- Лейкопластырь, ножницы, часы.
- Перчатки.

Подготовка к процедуре.

Вымыть и осушить руки.

Приготовить к работе аппарат Боброва:

- налить в чистую стеклянную ёмкость на 2/3 объема увлажнитель температурой 40 – 45°C (недопустимо повышать температуру раствора);
- длинную трубку аппарата погрузить в жидкость и присоединить к источнику кислорода;
- обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке;
- проверить проходимость аппарата.

Примечание: для увлажнения используют стерильные растворы воды, изотонического раствора натрия хлорида, 2% натрия гидрокарбоната; при наличии поражения легочной ткани инфекционными агентами используют – 40% раствор спирта, при наличии отека легких используют – 96% спирт, температура которого должна быть комнатной.

Обработать дезраствором пеленальный матрац.

Вымыть и осушить руки.

Постелить пеленку.

Придать ребенку возвышенное положение, уложив его так, чтобы голова и верхняя часть туловища находилась на приподнятом изголовье матраца.

Надеть перчатки.

Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить носовые ходы.

Выполнение процедуры.

Измерить глубину введения катетера (расстояние от козелка уха до крыла носа):

захватить пинцетом марлевую салфетку и положить ее на пальцы левой руки;

извлечь катетер из упаковки, проверить его целостность;

положить в руку на марлевую салфетку вводимый конец катетера и расположить его возле носа ребенка, а другой конец катетера, удерживаемый пинцетом, - у козелка уха, не касаясь лица ребенка;

сделать метку (если отсутствует стандартная метка, ее делают полоской лейкопластыря).

Взять катетер как пишущее перо правой рукой на расстоянии 3 – 5 см. от вводимого конца и смазать вазелиновым маслом методом полива.

Ввести катетер по нижнему носовому ходу до метки (при введении катетер держать перпендикулярно к поверхности лица).

Проконтролировать положение катетера с помощью шпателя.

Примечание: катетер введен правильно, если его кончик находится на 1 см. ниже язычка мягкого неба.

Закрепить наружную часть катетера на щеке пациента полосками пластыря.

Подсоединить наружную часть катетера через резиновую трубку (длиной не более 60см.) к короткой трубке увлажнителя, расположенной над жидкостью.

Отрегулировать скорость подачи кислорода (контролируется ротаметром или быстротой прохождения пузырьков газа через увлажнитель).

Засечь время подачи кислорода (скорость, длительность, и кратность подачи кислорода в течение суток определяет врач).

После истечения назначенного времени оксигенотерапии отключить подачу кислорода.

Примечание:

при длительной кислородотерапии каждые 30 – 60 мин. следует менять положение катетера в другой носовой ход после предварительного отключения подачи кислорода;

следует помнить, что у новорожденных, особенно у недоношенных детей, длительно находясь в условиях повышенной концентрации кислорода, может возникнуть поражение глаз, вызванное спазмом сосудов (ретинопатия недоношенных).

Завершение процедуры.

Удалить катетер через салфетку.

Ввести в носовой ход 2 – 3 капли раствора с сосудосуживающим, дезинфицирующим действием (капли, содержащие адреналин и фурацилин).

Использованные инструменты и перчатки погрузить в дезраствор.

Вымыть и осушить руки.

Сделать запись о проведенной процедуре.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за недоношенным.
2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
3. Организация охранительного режима.
4. Уход в кувезе, дезинфекция кувезов.
5. Кормление через зонд и из бутылочки.
6. Проведение мониторинга наблюдения за дыханием, кровообращением, контроль диуреза.
7. Причины недоношенности.
8. Анатомио – физиологические особенности недоношенного.
9. Степени недоношенности.
10. Диетотерапия. Расчет суточного и разового объема питания.
11. Роль медсестры в обеспечении комфортных условий выхаживания недоношенного.

2. Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Первый дородовый патронаж проводится медицинской сестрой на сроке беременности до (нед.)

- а) 10–12
- б) 20–22
- в) 23–25
- г) 26–28

2. Цель введения прикорма

- а) удовлетворение возросших потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в углеводах
- г) обеспечение потребности в поваренной соли

3. Генерализованная форма гнойно-септических заболеваний новорожденны

- а) везикулопустулез
- б) парапроктит
- в) сепсис
- г) омфалит

4. Первый этап реанимации новорожденных это:

- а) ИВЛ
- б) закрытый массаж сердца
- в) коррекция метаболических расстройств
- г) восстановление проходимости дыхательных путей.

5. Наиболее частая причина сепсиса новорожденных:

- а) потница
- б) пузырчатка новорожденных
- в) везикулопустулёз
- г) опрелости.

6. Для сепсиса новорожденного характерно:

- а) нарастание массы
- б) увеличение аппетита
- в) потеря массы тела
- г) редкое срыгивание.

7. Воспаление пупочной ранки это:

- а) гемангиома
- б) потница
- в) грибок пупка
- г) омфалит.

8. Генерализованная форма гнойно-септического заболевания:

- а) везикулопустулез
- б) псевдофурункулез
- в) грибок пупка
- г) сепсис.

9. Везикулопустулез характеризуется появлением:

- а) гиперемии кожи
- б) пузырьков с гнойным содержимым
- в) крупных пузырей с мутным содержимым
- г) появлением инфильтратов.

10. Для омфалита характерно:

- а) грануляции в пупочной ранке
- б) корочка в области пупочной ранки
- в) серозно - гнойное отделяемое из пупка
- г) пупочная грыжа.

11. Для обработки пупочной ранки применяют:

- а) 70% этиловый спирт
- б) 50% р-р перманганата калия
- в) 3% перекись водорода, 1% бриллиантовый зеленый
- г) 2% бикарбонат натрия.

Вариант2.

Выберите один правильный ответ:

1. Воспаление пупочной ранки новорожденного:

- а) гемангиома
- б) дерматит
- в) потница
- г) омфалит

2. Для опрелости 3 степени характерно:

- а) гиперемия кожи
- б) гиперемия и отек кожи
- в) гиперемия, отек, эррозии, мокнутие.

3. Воспаление пупочной ранки это:

- а) гемангиома
- б) потница
- в) грибок пупка
- г) омфалит.

4. Везикулопустулез характеризуется появлением:

- а) гиперемии кожи
- б) пузырьков с гнойным содержимым
- в) крупных пузырей с мутным содержимым
- г) появлением инфильтратов.

5. Наиболее частая причина сепсиса новорожденных:

- а) потница
- б) пузырчатка новорожденных
- в) везикулопустулез
- г) опрелости.

6. Для омфалита характерно:

- а) грануляции в пупочной ранке
- б) корочка в области пупочной ранки
- в) серозно - гнойное отделяемое из пупка
- г) пупочная грыжа.

7. Для профилактики опрелостей складки кожи новорожденного обрабатывают:

- а) стерильным растительным маслом
- б) физраствором
- в) раствором фурацилина
- г) раствором полиглюкина

8. Пупочную ранку новорожденного при появлении гнойного отделяемого обрабатывают раствором:

- а) 0,9% хлорида натрия
- б) 3% перекиси водорода
- в) 0,5% хлорамина
- г) 5% йода

9. Генерализованная форма гнойно-септического заболевания:

- а) везикулопустулез
- б) псевдофурункулез
- в) грибок пупка
- г) сепсис.

10. Везикулопустулез характеризуется появлением:

- а) гиперемии кожи
- б) пузырьков с гнойным содержимым
- в) крупных пузырей с мутным содержимым
- г) появлением инфильтратов

11. Для опрелости 3 степени характерно:

- а) гиперемия кожи
- б) гиперемия и отек кожи
- в) гиперемия, отек,
- г) эррозии, мокнутие.

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

11 правильных ответов - отлично

10 - 7 правильных ответов - хорошо

6-3 правильных ответов - удовлетворительно

2 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

В грудное отделение госпитализирован ребенок 14 дней с диагнозом: везикулопустулез, ринит.

Обследование: ребенок родился в срок с массой тела 3,5 кг, длиной 55 см, закричал сразу, к груди приложен на 2-е сутки. Температура тела 36,8° С, у ребенка заложенность носа, слизистое отделяемое из носовых ходов. Ребенок беспокоится. Мать отмечает, что ребенок стал хуже сосать грудь. На коже лица, туловища и конечностей множественные везикуло - пустулезные высыпания на гиперемизированном фоне.

Задание:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Определите проблемы пациента с их обоснованием. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
2. Обучите мать уходу за полостью носа ребенка.
3. Продемонстрируйте закапывание капель в нос ребенку.

Задача №2

В отделение новорожденных поступил ребенок трех недель. Рожден от матери перенесший период беременности тяжелую пневмонию. На второй день жизни у ребенка на коже появились явления везикулопустулеза и гнойного омфалита. Наблюдался амбулаторно без выраженной положительной динамики. На третьей неделе жизни ребенок стал вялым не прибавлял в массе, температура до 39,5, тоны сердца приглушены ЧСС – 170 в минуту. В легких на фоне жесткого дыхания – масса крепитирующих хрипов, ЧД – 60 в минуту. Печень и селезенка увеличены, стул до 5 раз в сутки со слизью, не переваренный «болотного» цвета.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Определите проблемы пациента с их обоснованием. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
2. Обучите мать технике ухода за кожей и пупочной ранкой.
3. Продемонстрируйте технику внутримышечных инъекций.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично)** – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при заболеваниях кожи, пупка и сепсисе новорожденного.

1. Вы постовая медицинская сестра выявила при осмотре явления омфалита. Продемонстрируйте технику обработки пупочной ранки.

Код технологии	Название технологии	
A14.31.008	Уход за пупочной ранкой новорожденного	
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: Лечебное дело Акушерское дело Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильная пипетка Стерильный пинцет Лоток

	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	3% раствор перекиси водорода – 50 мл. 70% этиловый спирт – 10 мл. 1% раствор калия перманганата – 5 мл. 2% раствор борной кислоты
5.6	Прочий расходный материал	Стерильные ватные палочки Мыло Стерильные ватные шарики Нестерильные перчатки Стерильные перчатки Ветошь Стерильный халат Стерильные марлевые салфетки
6.	<p>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм ухода за пупочной ранкой новорожденного</p> <p>I. Подготовка к процедуре: Представиться маме (или другим родственникам новорожденного), объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Подготовить необходимое оснащение. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки Распеленать ребенка в кровати (или на «нестерильном» пеленальном столе). Внутреннюю пеленку развернуть, не касаясь кожи ребенка руками.</p> <p>II. Выполнение процедуры: Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки. С помощью пипетки или ватного тампона, взятого пинцетом, обильно покрыть пупочную ранку 3% раствором перекиси водорода. Через 20-30 с просушить ранку, тушируя ее сухим стерильным ватным шариком с помощью пинцета. Шарики/тампоны поместить в лоток. Обработать ранку и кожу вокруг пинцетом с ватным тампоном, смоченным 70% этиловым спиртом (движением изнутри наружу). Другим ватным тампоном, смоченным в 1% растворе калия перманганата, обработать только ранку, не касаясь кожи.</p> <p>III. Окончание процедуры: Использованные материалы и перчатки подвергнуть дезинфекции. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Запеленать ребенка. Рабочую поверхность столика обработать дезинфектантом. 5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.</p>	
7.	<p>Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики: Обязательное условие: при обработки пупочной ранки обязательно растягивать ее края (даже при образовавшейся корочке)</p>	
8.	<p>Достижимые результаты и их оценка: Отсутствие видимых изменений (раздражений) со стороны пупочной ранки новорожденного.</p>	
9.	<p>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи: Мать (законные представители) новорожденного должна быть информирована о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая ей медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия матери или других родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья ребенка. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.</p>	
10.	<p>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения. - Отсутствие осложнений во время и после проведения процедуры - Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации - Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения) - Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги. 	
11.	<p>Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги Коэффициент УЕТ врача – 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры – 2,0.</p>	

12.	Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
13.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости): Отсутствует

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за новорожденным с гнойно – септическими заболеваниями.
2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
3. Определение факторов риска развития гнойно – септических заболеваний.
4. Уход за кожей ребенка.
5. Организация питания.
6. Проведение мониторинга наблюдения за дыханием, кровообращением, контроль диуреза.
7. Контрольное взвешивание.
8. Туалет пупочной ранки.
9. Обработка естественных складок кожи.
10. Введение антибиотиков.
11. Причины гнойно – септических заболеваний и их профилактика в антенатальном и постнатальном периодах.
12. Гнойно – септические заболевания кожи: везикулопустулез, пузырчатка.
13. Гнойно – септические заболевания пупка: гнойный омфалит, гангрена пупка.
14. Сепсис новорожденных.
15. Организация ухода за кожей и пупком.
16. Основные медикаментозные препараты применяемые при гнойно – септических заболеваниях новорожденных.

3. Сестринский уход при рахите.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при рахите.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при рахите.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при рахите.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. При рахите у ребенка наблюдаются

- | | |
|-------------|-----------------------|
| а) артриты | в) гемартрозы |
| б) переломы | г) О-, Х-образные ног |

2. Цель введения второго прикорма:

- а) удовлетворение возрастающих потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

3. Второй прикорм вводят грудному ребенку на естественном вскармливании в возрасте (мес.):

- а) 3
- б) 6
- в) 4
- г) 7

4. Потливость, облысение затылка у ребенка наблюдаются при

- а) рахите
- б) потнице
- в) опрелости
- г) менингите

5. Цель введения прикорма детям:

- а) удовлетворение возрастающих потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

6. Образование "четок" на ребрах, "куриная грудь" наблюдаются при:

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| а) родовой травме | в) бронхиальной астме |
| б) рахите | г) дисбактериозе |

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1.Профилактическая доза витамина Д:

- а)100
- б)200
- в)500
- г)1000

2. Препараты применяемые для профилактики рахита:

- а)Аква ДЗ
- б)Фолиевая кислота
- в)Элькар
- г)Мальтофер

3. Препараты применяемые для лечения рахита:

- а)Вигантол
- б)Компливит – кальций д3 для малышей
- в) витамин В6
- г)витамин В1

4. Показатели реакции Сулковича при отсутствии рахита:

- а)+
- б)++
- в)+++
- г)++++

5.Лечебная доза витамина Д:

- а)500
- б)1000
- в)1500
- г)2000

6. Остаточные явления рахита:

- а)Реберные четки
- б)Искривление рук и ног
- в)Демормация головы
- г)Все вышеперечисленное

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

6 правильных ответов - отлично

5 - 4 правильных ответов - хорошо

3- 2 правильных ответов - удовлетворительно

1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при рахите.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Участковая медицинская сестра на патронаже ребенка 7 месяцев. Мать предъявляет жалобы на беспокойство ребенка, плохой сон, потливость волосистой части головы. Ребенок еще не сидит. Получает коровье молоко с рождения, соки, желток не вводила. Гуляет мать с ребенком мало. Витамин Д ребенок не получал. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Большой родничок размером 2х2 см, края мягкие, кости черепа мягкие. Отмечается увеличение лобных и теменных бугров. Зубов нет. Живот мягкий, увеличен в объеме, распластан, печень увеличена на 1 см. Стул и диурез в норме. Диагноз: рахит II, период разгара, подострое течение.

Задание

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Сформулируйте проблемы пациента и их обоснование, составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Объясните матери необходимость рационального питания ребенка.

3. Продемонстрируйте антропометрию ребенка (измерение роста, окружности головы и грудной клетки).

Задача №2

Ребенок 5 месяцев на амбулаторном приеме в поликлинике. Роден в срок с массой 3500. В связи с гипогалактией у матери переведен на искусственное вскармливание смесью Nestogen. Большой родничок 4*4 см, головка неправильной формы, края податливые, затылок скошен. Грудная клетка сдавлена с боков, нижняя апертура расширена определяются «реберные четки». Нижние конечности искривлены («О») - образно. Поставьте сестринский диагноз.

Задание

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Сформулируйте проблемы пациента и их обоснование, составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Объясните матери необходимость рационального питания ребенка.

3. Научите мать правильному хранению витамина Д.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (*отлично*) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (*хорошо*) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (*удовлетворительно*) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (*неудовлетворительно*) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме Сестринский уход при рахите.

ТЕХНИКА ИЗМЕРЕНИЯ ОКРУЖНОСТИ ГОЛОВЫ, ГРУДИ,

1. Оснащение манипуляции:

Линейка или сантиметровая лента, 3% хлорамин, ручка, история развития (ф.112), перчатки

2. Подготовка к манипуляции:

Провести санитарную обработку рук.

Протереть сантиметровую ленту 3% раствором хлораминном дважды с интервалом в 15 минут.

Освободить голову и грудь ребенку, придать ребенку удобное положение

Познакомить маму с ходом исследования, получить согласие

3. Выполнение манипуляции:

Наложить сантиметровую ленту на голову по ориентирам: сзади – затылочный бугор, спереди – надбровные дуги, запомнить результат

Наложить сантиметровую ленту на грудную клетку сзади – нижние углы лопаток, спереди - нижний край околососковых кружков, запомнить результат

Убедиться, что пациент не испытывает неудобств после процедуры

4. Завершение манипуляции:

Сообщить результаты маме

Результаты измерений записать в ф.112

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с рахитом, спазмофилией, гипервитаминозом Д.

2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.

3. Организация ухода за ребенком и питания.

4. Определение факторов риска нарушений фосфорно – кальциевого обмена.

5. Диеты в зависимости от вида нарушения.

6. Алгоритм неотложной помощи при ларингоспазме и судорогах.

7. Составления плана профилактики рахита.

8. Факторы риска развития рахита.

9. Клинические проявления в период разгара, реконвалесценции и остаточных явлений.

10. Принципы лечения и профилактики рахита.

11. Диспансерное наблюдение за ребенком с рахитом.

12. Спазмофелия (скрытая и явная), факторы риска, клинические проявления, неотложная доврачебная помощь при ларингоспазме.

13. Гипервитаминоз Д, факторы риска, клинические проявления, неотложная доврачебная помощь при судорогах.

4. Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Причина внезапной смерти у детей с лимфатико-гипопластическим диатезом — недостаточность

- а) дыхательная
- б) сердечная
- в) почечная
- г) надпочечниковая

2. Гельминтозы у детей – это заболевания, вызываемые

- а) бактериями
- б) грибами
- в) простейшими
- г) паразитическими червями

3. Второй прикорм вводят грудному ребенку на естественном вскармливании в возрасте (мес.):

- а) 3
- б) 6
- в) 4
- г) 7

4. Ребенку первого года жизни предпочтительно обеспечить вскармливание

- а) естественное (грудное)
- б) смешанное
- в) искусственное
- г) парентеральное

5. Атопический дерматит у детей характеризуется поражением

- а) ЦНС
- б) сердца
- в) почек
- г) кожи

6. При лечении дисбактериоза у детей назначают эубиотик

- а) бисептол
- б) бифидумбактерин
- в) димедрол
- г) панзинорм

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. При аллергическом диатезе у ребенка из питания исключают:

- а) цитрусовые
- б) кефир
- в) яблочный сок
- г) кабачковое пюре

2.Цель введения прикорма:

- а) удовлетворение возрастающих потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

3. Причины атопического дерматита у детей раннего возраста:

- а)нарушения в диете
- б)наличие рахита
- в)наличие анемии
- г)бронхиальная астма у бабушки ребенка.

4.Причины атопического дерматита у детей старшего возраста:

- а)наличие атопии у родственников
- б)нарушения в диете
- в)гельминтозы
- г)нарушение экологии жилища и окружающей среде

5.Наружнее лечение при атопическом дерматите:

- а)гормональные мази
- б)мази с антигистаминными препаратами
- в)увлажняющие крема
- г)растительные примочки

6. Медикаментозное лечение:

- а)антигистаминные препараты
- б)гормональные препараты
- в)витамины
- г)микроэлементы

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

6 правильных ответов - отлично

5 - 4 правильных ответов - хорошо

3- 2 правильных ответов - удовлетворительно

1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме:

Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Женщина обратилась в детскую поликлинику с ребенком 4,5 мес. с диагнозом: экссудативно-катаральный диатез.

При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок находится на естественном вскармливании, получает апельсиновый сок, манную кашу на цельном молоке 1/2 часть яичного желтка ежедневно.

Объективно: при осмотре кожные покровы – себорей, молочных струев, за ушами значительное мокнутие, краснота, зуд.

Задание

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено и определите проблемы пациента с их обоснованием, определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Объясните матери как вести «пищевой» дневник.

3. Продемонстрируйте технику проведения лечебной ванны.

Задача № 2.

Ребенок 8-ми месяцев находится на приеме в поликлинике в день здорового ребенка. Диагноз: экссудативно-катаральный диатез. Ребенок с 3-х месяцев на искусственном вскармливании. Вес при рождении 3200, в последующие месяцы прибавка массы 1000-1100 гр. С 2 месячного возраста у ребенка часто возникают опрелости несмотря на хороший уход. Кожа на щеках сухая, гиперемизированная. На волосистой части головы себорей. Мать отмечает усиление кожных высыпаний после употребления ребенком в пищу яичного желтка, виноградного сока. Опрелости I-II ст. в паховых складках, в подмышечных областях, на складках шеи. Из носа слизистые выделения.

Задания :

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Объясните матери необходимость соблюдения диеты и обучите мать правилам ведения «Пищевого дневника».

3. Продемонстрируйте обработку кожи и слизистых ребенка.

Задача № 3.

Патронаж к ребенку 5 месяцев. Мама сообщила, что ребенок беспокойный, нарушены сон и аппетит, у ребенка зуд кожи и высыпания на голове. Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, родился доношенным. С рождения на грудном вскармливании. Ребенок беспокойный, кожа щек гиперемизирована, отмечаются расчесы на конечностях, на волосистой части головы обширные себорейные корочки. ЧДД 38 в минуту, пульс 132 в минуту. Мама связывает заболевание с введением молочной каши. У мамы (в детстве) были упорные кожные высыпания.

Задания :

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Проведите беседу с мамой о рациональном питании ребенка.

3. Продемонстрируйте технику наружного применения мази.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при аномалиях конституции, атопическом дерматите

1) Вы медсестра амбулаторного приема. Научите мать технике обработки естественных складок кожи.

ТЕХНИКА ОБРАБОТКИ КОЖНЫХ СКЛАДОК

1. Оснащение манипуляции:

Стерильное вазелиновое масло, стерильные марлевые салфетки, стерильный лоток, стерильная пеленка, стерильные перчатки, лоток для отработанного материала, ёмкость с дезсредством для перчаток.

2. Подготовка к манипуляции

Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки

Положить новорожденного на обработанный пеленальный стол, накрытый стерильной пленкой.

3. Выполнение манипуляции:

Объяснить маме ход манипуляции, получить согласие

Смочить стерильную салфетку в стерильном вазелиновом масле.

Протереть естественные складки новорожденного в следующем порядке: заушные, шейные, подмышечные, локтевые, лучезапястные.

Сменить салфетку и протереть естественные складки в голеностопных, подколенных, паховых и ягодичных складках.

Салфетки положить в лоток для отработанного материала

Убедиться, что пациент не испытывает неудобств

4. Завершение манипуляции:

Провести дезинфекцию и утилизацию медицинских отходов в соответствии с Сан.Пин

Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезсредством

Вымыть и осушить руки

2) Вы медицинская сестра стационара. Обучите мать технике проведения лечебной ванны.

ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ВАННЫ

Приготовить:

- 10 л охлажденной кипяченой воды,
- 10 л горячей кипяченой воды,
- ванночку,
- водяной термометр,

- пеленку — “полотенце”,
- сухое белье,
- кувшин,

— лекарственное вещество: 100 г горчицы на 10 л воды или 100 г морской соли на 10 л воды, или 1 ст. л. хвойного экстракта на 10 л воды, или

1 стакан настоя трав (череды, ромашки) на 10 л воды.

1. Вымыть тщательно ванночку с мылом.
2. Обдать ее кипятком.
3. Налить в ванночку 10 л охлажденной воды.
4. Положить в ванночку водяной термометр.
5. Добавить горячей воды до температуры 38 — 39°C.
6. Подготовить кувшин с чистой водой, температура 38°C.
7. Влить лекарственное вещество в воду.
8. Раздеть ребенка.
9. Положить ребенка на руку так, чтобы его голова находилась на локтевом сгибе, а рукой можно было захватить его ногу под колено.
10. Опустить ребенка в воду, начиная с ножек так, чтобы его голова находилась над поверхностью воды.
11. Поливать тельце ребенка водой свободной рукой в течение 5 минут.
12. Перевернуть ребенка над ванной спинкой „кверху”.
13. Облить его чистой водой из кувшина от головы к пяточкам.
14. Завернуть ребенка в пеленку - “полотенце”.
15. Осушить его тело промокательными движениями.
16. Завернуть ребенка в чистое сухое белье.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с лимфатико – гипопластическим диатезом и атопическим дерматитом.
2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
3. Организация охранительного режима.
4. Заполнить карту наблюдения и пищевой дневник при атопическом дерматите.
5. Уметь оценить состояние кожных покровов.
6. Проведение лечебных ванн.
7. Проведение наружной терапии при атопическом дерматите.
8. Понятие об аномалиях конституции.
9. Клиническая характеристика, факторы риска, организация ухода при лимфатическом диатезе.
10. Клиническая характеристика, факторы риска, организация ухода при атопическом дерматите.
11. Роль медсестры в диагностике аллергических заболеваний.
12. Принципы организации диетотерапии, гипоаллергенного быта.
13. Тактика местного и общего лечения.
14. Первичная и вторичная профилактика атопических дерматитов и его осложнений.
15. Особенности вакцинации детей с аллергическими заболеваниями.

5. Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Фруктовые соки дают ребенку первого полугодия жизни

- а) перед кормлением грудью
- б) после кормления грудью
- в) между кормлениями грудью
- г) только на ночь

2. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой исчезает

- а) на животе
- б) на животе и конечностях
- в) на животе, конечностях и лице
- г) только на лице

3. Урежение дыхания, небольшой цианоз, снижение мышечного тонуса характерны для асфиксии степени тяжести:

- а) легкой
- б) средней
- в) тяжелой

4. Наиболее эффективным методом лечения ГБН является:

- а) форсированный диурез

- б) фототерапия
- в) медикаментозное лечение
- г) обменное переливание крови.

5. При заболеваниях у детей подкожно-жировой слой уменьшается вначале в области

- а) лица
- б) рук
- в) ног
- г) живота

6. Цель введения прикорма

- а) удовлетворение возросших потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в углеводах
- г) обеспечение потребности в поваренной соли

б) обеспечение потребности в жирах

7. Фруктовые соки дают ребенку первого полугодия жизни

- а) перед кормлением грудью
- б) после кормления грудью
- в) между кормлениями грудью
- г) только на ночь

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. При гипотрофии II степени подкожно-жировой слой исчезает

- а) на животе
- б) на животе и конечностях
- в) на животе, конечностях и лице
- г) только на лице

2. Цель введения второго прикорма:

- а) удовлетворение возрастающих потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

3. Второй прикорм вводят грудному ребенку на естественном вскармливании в возрасте (мес.):

- а) 3
- б) 6
- в) 4
- г) 7

4. Ребенку первого года жизни предпочтительно обеспечить вскармливание

- а) естественное (грудное)
- б) смешанное
- в) искусственное
- г) парентеральное

5. Цель введения докорма ребенку - обеспечить

- а) недостающее количество питательных веществ
- б) увеличить поступление поваренной соли
- в) уменьшить поступление поваренной соли
- г) увеличить поступление жиров

6. Первый прикорм ребенку на естественном вскармливании вводится (мес.):

- а) 3 мес.
- б) 6 мес.
- в) 7 мес.
- г) 8 мес.

7. Цель введения прикорма детям:

- а) удовлетворение возрастающих потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

7 правильных ответов - отлично

6- 4 правильных ответов - хорошо

3 - 2 правильных ответов - удовлетворительно

1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме:

Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Ребенку 1 месяца. Мать жалуется на беспокойный ребенок, плохой сон. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок от 1 беременности, нормально протекавшей. Масса при рождении 3400 г, длина 51 см. Находится на естественном вскармливании, но кормится беспорядочно. После кормления беспокоится. Стул 1 раз в день, кашицеобразный, без примесей.

Объективно: температура нормальная, масса 3500, длина 54 см, кожа бледная, эластичность снижена. Тургор тканей снижен. При контрольном взвешивании за кормление ребенок высасывает по 60-80 мл. Молока в молочной железе матери после кормления не остается. Ребенку был поставлен диагноз: дистрофия типа гипотрофии 1 степени.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Сформулируйте проблемы пациента, определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.
2. Обучите мать правилам введения докорма.
3. Продемонстрируйте технику контрольного взвешивания.

Задача №2

Ребенок двух месяцев родился от первой беременности протекавшей без осложнений. Роды в срок, масса при рождении 3200, длина – 52 см. Вскармливание до 1 мес – грудное, затем искусственное – коровьим молоком. В возрасте 3 недель у ребенка появились срыгивания, затем рвота. При осмотре ребенок бледный, беспокойный, кожные покровы сухие, подкожно жировой слой на уровне пупка – 0,5 см. Тургор ткани снижен, мышечная гипотония. Тоны сердца средней громкости, дыхание в легких пуэрильное, живот мягкий безболезненный, стул один раз в два дня. В настоящее время масса ребенка 3450.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Сформулируйте проблемы пациента, определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.
2. Обучите мать правилам введения докорма.
3. Продемонстрируйте технику кормления ребенка через зонд.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично)** – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при острых и хронических расстройствах питания и пищеварения.

1) Вы медицинская сестра стационара проведите контрольное взвешивание ребенка с гипотрофией.

Измерение массы тела.

Оснащение:

- Чашечные весы.
- Резиновые перчатки.
- Емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.
- Бумага, ручка.

Подготовка к процедуре.

- Установить весы на ровной устойчивой поверхности.
- Подготовить необходимое оснащение.
- Проверить, закрыт ли затвор весов.
- Обработать чашу весов дезраствором с помощью ветоши в одном направлении от широкой части чаши к узкой.
- Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- Постелить на чашу весов сложенную в несколько раз пеленку (следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов).
- Установить гири на нулевые деления.
- Открыть затвор.
- Уравновесить весы с помощью вращения противовеса (уровень коромысла должен совпадать с контрольным пунктом).
- Закрыть затвор.

Выполнение процедуры.

- Уложить ребенка на весы головой к широкой части.
- Открыть затвор.
- Передвинуть «килограммовую» гирю, расположенную на нижней части весов, до момента падения штанги вниз, затем сместить гирю на одно деление влево.
- Плавнo передвигать гирю, определяющую граммы и расположенную на верхней штанге, до положения установления равновесия.
- Закрыть затвор и снять ребенка с весов.

Примечание: процедура взвешивания недоношенного новорожденного должна проводиться как можно быстрее с целью предупреждения переохлаждения.

Завершение процедуры.

- Записать показатели массы тела ребенка (фиксируются цифры слева от гирь).
- Убрать пеленку с весов.
- Протереть рабочую поверхность весов дезраствором.
- Снять перчатки, вымыть и осушить руки.
- 2) Вы медицинская сестра стационара. Проведите технику кормления через зонд, а так же смену зонда.
- Кормление ребёнка через зонд.

Оснащение:

- Резиновые перчатки.
- Медицинская шапочка, маска.
- Отмеренное необходимое количество молока на одно кормление, подогретое до температуры 37 – 38⁰С.
- Стерильный желудочный катетер.
- Зажим.
- Стерильный шприц 20мл.
- Лоток для оснащения.
- Электрoотсос или резиновая груша.

Обязательные условия: размер желудочного катетера зависит от массы тела ребенка:

масса менее 1000г. - № 4 носовой или № 6 ротовой;

масса 1000 – 2500г. - № 6 носовой и ротовой;

масса более 2500г. - № 6 или № 10 ротовой.

Недоношенному новорожденному ребенку до и после кормления необходимо провести кислородотерапию с целью профилактики приступов апноэ.

Подготовка к процедуре.

- Подготовить необходимое оснащение.
- Надеть медицинскую шапочку, маску.
- Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- Уложить ребенка на бок с приподнятым головным концом, зафиксировать такое положение с помощью валика.

Выполнение процедуры.

Измерить глубину введения катетера от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать метку.
Присоединить к зонду шприц и проверить его проходимость, пропустив через него воздух (следить, чтобы свободный конец катетера был постоянно зафиксирован рукой).
Удалить поршень из шприца.
Поместить шприц в левую руку и пропустить присоединенный катетер между указательным и средним пальцами левой руки, расположив его слепым концом вверх.
Заполнить шприц на 1/3 объема грудным молоком.
Взять слепой конец зонда в правую руку и, осторожно опуская его вниз, заполнить молоком (до появления первой капли молока из отверстия в области слепого конца зонда).
Вернуть зонд в левую руку в исходное положение.
Примечание: во время заполнения зонда молоком следить, чтобы слепой конец зонда постоянно был поднят вверх.
Зажать катетер зажимом на расстоянии 5 – 8 см. со стороны шприца.
Кольцо зажима поместить на большой палец левой руки.
Правой рукой взять зонд на расстоянии 7 – 8 см. от слепого конца.
Смочить его в молоке.
Вставить зонд через нос по нижнему носовому ходу или рот по средней линии языка до отметки (при введении зонда не прилагать усилий и следить, нет ли одышки, цианоза и т.п.).
Добавить в шприц молоко.
Приподняв шприц, сняв зажим с катетера и медленно (регулируя высоту расположения шприца) ввести молоко в желудок младенца.
При достижении молоком устья шприца, вновь наложить зажим на катетер.
Зажать катетер большим и указательным пальцами правой руки на расстоянии 2 – 3 см. от ротовой полости и быстрым движением извлечь его через салфетку.

Завершение процедуры.

Положить ребенка на правый бок с приподнятым головным концом.

Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Использованные инструменты поместить в дезраствор.

Смена зонда для кормления.

Оснащение:

Лоток для использованного зонда.

Стерильное вазелиновое масло.

Раствор фурацилина 1: 5000.

Стерильные перчатки.

Стерильная вата.

Лейкопластырь.

Стерильные салфетки.

Дезраствор.

Облепиховое масло.

Подготовка к процедуре.

Вымыть и осушить руки.

Перепеленать ребенка в сухие пеленки.

Еще раз вымыть руки осушить и надеть стерильные перчатки.

Выполнение процедуры.

Удалить фиксирующие полоски лейкопластыря.

Стерильным ватным шариком, смоченным фурацилином протереть кожу лица. Если есть мацерация – взять новый стерильный шарик.

Пропитать облепиховым маслом и смазать данный участок кожи лица.

Зажимом пережать свободный конец зонда и осторожно быстрыми движениями удалить зонд из желудка.

Поместить зонд в дезраствор (5% хлорамин).

Ввести зонд в желудок через другую половину носа.

Примечание: извлечение зонда проводят спустя некоторое время после кормления.

Завершение процедуры.

Снять перчатки и поместить в дезраствор.

Вымыть и осушить руки.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с хроническими расстройствами питания.
2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
3. Организация охранительного режима.
4. Диетотерапии при гипотрофии – расчет суточного и разового питания.
5. Расчет объема жидкости для проведения оральной регидратации.
6. Оказывать помощь при срыгивании рвоте и метеоризме.
7. Подготовить ребенка к копрологическому исследованию, бактериологическому исследованию кала.
8. Контрольное взвешивание.
9. Подготовка систем для внутривенного введения.
10. Причины факторов риска гипотрофии и паротрофии у детей.
11. Степени тяжести гипотрофии.
12. Признаки эксикоза и токсикоза.
13. Диетотерапия в зависимости от тяжести гипотрофии.
14. Медикаментозная терапия гипотрофии и паротрофии.
15. Профилактика расстройств питания и реабилитационные мероприятия.

6. Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты).

Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты). Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты). Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты). Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Гельминтозы у детей – это заболевания, вызываемые

- а) бактериями
- б) грибами
- в) простейшими
- г) паразитическими червями

2. При лечении дисбактериоза у детей назначают эубиотик

- а) бисептол
- б) бифидумбактерин
- в) димедрол
- г) панзинорм

3. Рвота "кофейной гущей" у детей возникает при

- а) кровотечении из язвы
- б) деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
- в) пенетрации язвы
- г) перфорации язвы

4. Теплые сидячие ванночки с раствором антисептиков назначают ребенку при

- а) остром цистите
- б) гломерулонефрите
- в) нефроптозе
- г) дисметаболической нефропатии

5. Признаком недокорма грудного ребенка является:

- а) малая прибавка массы тела
- б) частое мочеиспускание
- в) обильный стул
- г) лихорадка

6. Высокая лейкоцитурия и бактериурия у детей характерны для:

- а) пиелонефрита
- б) гломерулонефрита
- в) опухоли почек
- г) цистита

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. СКЛОННОСТЬ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ К СРЫГИВАНИЮ ОБУСЛОВЛЕНА ТЕМ, ЧТО

- 1) желудок расположен вертикально
- 2) дно желудка лежит ниже антрально-пилорического отдела
- 3) имеется высокий тонус кардиального сфинктера
- 4) высокий тонус пилорического отдела желудка

2. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ ЖЕЛУДКА ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) низкая кислотность (рН выше 4)
- 2) высокая кислотность (рН ниже 2)
- 3) высокая активность пепсина
- 4) хорошо выражены защитные свойства

3. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бифидум-бактерии
- 2) ацидофильные палочки
- 3) кишечные палочки
- 4) энтерококки.

4. ПРИЧИНЫ УВЕЛИЧЕНИЯ ЖИВОТА В РАЗМЕРАХ

- 1) метеоризм
- 2) гепатоспленомегалия
- 3) асцит
- 4) опухоли брюшной полости.

5. СИНДРОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) с-м желтухи

- 2) болевой
- 3) диспептический
- 4) интоксикации

6. К АНАТОМИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) большая величина относительно массы тела;
- 2) относительно большая правая доля;
- 3) лабильность увеличения в размерах;
- 4) возможность пальпации нижнего края.

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

- 6 правильных ответов - отлично
5 - 4 правильных ответов - хорошо
3- 2 правильных ответов - удовлетворительно
1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме:

Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты). Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Вы – м/с детской больницы. На Ваш пост поступил ребенок 5 лет с диагнозом: острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом.

Температура тела 38° С, выражены отеки на лице, конечностях. Ребенок вялый, капризный. Кожные покровы бледные. Аппетит снижен. Пульс 116 в мин., ЧДД 24 в мин., АД 105/70 мм рт.ст. Мочится редко, малыми порциями. Жалуется на боль в пояснице. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. В анализе мочи: белок - 3,3%, плотн. - 1012, лейкоц. - 2-3 п/зр., эр. - 2-3 в п/зр., цил. - 5-6 в п/зр. Ребенок отказывается от еды, так как она несоленая. Мать не ограничивает жидкость ребенку.

Задания:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните матери, какую диету необходимо соблюдать ребенку.

Продemonстрируйте технику сбора мочи по Зимницкому.

Задача №2

На прием к участковому педиатру обратилась мать с ребенком 4-х лет. После осмотра был выставлен диагноз: энтеробиоз. При сестринском обследовании получены следующие данные: жалобы на зуд в перинальной области, боли в животе, снижение аппетита, тошноту, нарушение сна, отмечается также ночное недержание мочи. Девочка со слов матери стала капризной, раздражительной. Настоящие симптомы появились около 2-х недель назад. Объективно: девочка активная, кожные покровы бледные, живот мягкий, слегка болезненный при пальпации вокруг пупка, вокруг ануса следы расчесов.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено и проблемы больного ребенка, определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Обучите мать методам профилактики энтеробиоза.

3. Продemonстрируйте взятие мазка на энтеробиоз.

Задача №3

У ребенка трех лет жалобы на плохой аппетит, раздражительность, вялость, периодические боли в животе. Часто болеет ОРВИ. При осмотре бледность кожи и слизистых оболочек, «синева» под глазами. Температура субфебрильная. Тоны сердца ясные дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненность ниже пупка. Мочится свободно 12 – 15 раз в сутки. В анализе мочи: Белок – 0,66 г/л, лейкоциты – 20-30 впз., эритроциты 2 – 3 впз. В анализе крови гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты - 12 г/л, СОЭ – 20 мм в час.

Задания:

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено и проблемы больного ребенка, определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Оцените анализы.

3. Продemonстрируйте технику забора мочи на общий анализ.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей старшего возраста (стоматиты, гельминтозы, гастриты). Сестринский уход при заболеваниях органов мочевого выделения.

10 Вы медицинская сестра стационара. Научите мать измерять и собирать суточный диурез.

измерение суточного диуреза и оценка водного баланса

Показания:

наблюдение за пациентом с отёками;
выявление скрытых отёков;
контроль за действием диуретических средств.

Оснащение:

мерная градуированная стеклянная ёмкость;
листок учёта водного баланса.

Подготовительный этап выполнения манипуляции:

убедитесь, что пациент в течении 3 дней не принимал диуретических средств;
проинформируйте ребёнка и его родителей о необходимости, целях и технике выполнения процедуры;
объясните примерное процентное содержание жидкости в продуктах питания, необходимое для учёта (твёрдые продукты содержат от 60 до 80% жидкости).

Примечание: учитывается и количество жидкости (лекарств) введённое парентерально.

Основной этап выполнения манипуляции:

в 6 часов утра пациент выпускает мочу в унитаз;
собрать мочу пациенту необходимо до 6 утра следующего дня включительно, при каждом мочеиспускании, в градуированную ёмкость и регистрировать это в "листочке учёта водного баланса" в графе "выделенная жидкость";
вся введённая жидкость парентерально регистрируется в графе "введённая жидкость";
медицинская сестра высчитывает процент выведения жидкости (80% - нормальное количество выведения жидкости);

$$\text{процент выведения} = \frac{\text{количество выделенной жидкости}}{\text{количество введенной жидкости}} * 100$$

произвести оценку результатов:

80% - ±5-10% - норма выведения (- 10-15% возможно в жаркое время года; +10-15% в холодное);
отрицательный баланс (<70%) - накопление жидкости в организме (скрытые отёки);
положительный баланс (>90%) - реакция на диуретики или разгрузочные диеты.

2) Вы медицинская сестра стационара. Вам предстоит подготовить ребёнка к рентгенологическому исследованию желудочно – кишечного тракта.

подготовка ребёнка к рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта

за 3 дня до исследования из рациона ребёнка исключить блюда вызывающие повышение газообразования: чёрный хлеб, молоко, капусту, картофель, бобовые;

Примечание: при выраженном метеоризме - внутрь тёплый раствор настоя ромашки 2-3 раза в день, перед едой.

за 12 часов до исследования прекратить приём пищи через 2 часа до исследования;

сделать очистительную клизму за 2 часа до исследования.

Внимание! Рентгенологическое исследование ЖКТ проводить утром натощак.

Примечание:

при исследовании пищевода, желудка, 12-перстной кишки, тонкого кишечника в рентгенологическом кабинете вводить ребёнку внутрь взвесь сульфата бария из расчёта 150 г. сухого вещества на 200 мл воды;

при ирригоскопии (исследование толстого кишечника):

для более хорошего опорожнения кишечника на ночь в прямую кишку ввести 50-70 мл вазелинового масла;

в рентгенологическом кабинете - в прямую кишку вводить бариевую смесь из расчёта 400 мл сухого вещества на литр воды.

при оральной холецистографии:

за 12 часов до исследования дать ребёнку (билигност - 4-6 таблеток за 30-40 мин, то есть каждые 8-10 мин);

1-й снимок делать утром натощак;

затем дать 1-3 яичных желтка (желчегонный завтрак);

через 40 минут сделать повторный снимок.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с заболеваниями органов пищеварения: хронический гастрит, энтеробиоз, грибковый и герпетический стоматит.
2. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с заболеваниями органов мочевого выделения: острый и хронический пиелонефрит, острый и хронический гломерулонефрит.
3. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
4. Организация охранительного режима.
5. Диетотерапия при заболеваниях органов пищеварения.
6. Диетотерапия при заболеваниях органов мочевого выделения.
7. Расчет суточного диуреза.
8. Подготовить ребенка к копрологическому исследованию, бактериологическому исследованию кала, ФГДС, УЗИ внутренних органов, общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентген – контрастным методом исследования.
9. Постановка клизмы.
10. Промывание желудка.
11. Обработка ротовой полости при стоматитах.
12. Забор мочи на общий анализ и посев.
13. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при гастритах, глистных инвазиях и стоматитах.
14. Принципы диетотерапии при заболеваниях органов пищеварения.
15. Современные методы диагностики органов пищеварения.
16. Принципы лечения больных с заболеваниями органов пищеварения.
17. Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях органов пищеварения.
18. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при острых и хронических пиелонефритах, острых и хронических гломерулонефритах.
19. Принципы диетотерапии при заболеваниях органов мочевого выделения.
20. Современные методы диагностики органов мочевого выделения.
21. Принципы лечения больных с заболеваниями органов мочевого выделения.
22. Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях органов мочевого выделения.

7. Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант1.

Выберите один правильный ответ:

1. При остром рините детям раннего возраста вводятся лекарственные препараты:

- а) антибактериальные
- б) антигистаминные
- в) сосудосуживающие
- г) сосудорасширяющие

2. Для определения этиологического фактора пневмонии у ребенка следует провести

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) рентгенографию легких
- г) посев мокроты

3. Укажите наиболее характерный признак острого простого бронхита у детей:

- а) синдром нейротоксикоза
- б) субфебрилитет.
- в) сухие рассеянные хрипы
- г) одышка

4. В возникновении бронхита у детей решающее значение имеют:

- а) вирусная инфекция
- б) бактериальная инфекция
- в) аллергия
- г) переохлаждение

5. Какая клиническая форма бронхита наиболее типична для детей первого полугодия жизни:

- а) острый бронхит
- б) острый обструктивный бронхит
- в) рецидивирующий бронхит
- г) астматический бронхит

Вариант2.

Выберите один правильный ответ:

1. Укажите основной диагностический признак бронхиолита:

- а) лихорадка
- б) одышка
- г) рассеянные мелкопузырчатые хрипы
- д) сухие хрипы

2. Какие возбудители наиболее часто вызывают бронхиолит:

- а) грибки
- б) хламидии
- в) вирусы
- г) стафилококи

3. Основной путь распространения инфекции при острой пневмонии:

- а) бронхогенный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный
- г) кишечный

4. При какой пневмонии показано применение иммунокорректирующих препаратов:

- а) пневмококковой этиологии
- б) стафилококковой этиологии
- в) хламидийной этиологии
- г) вирусной этиологии

5. Укажите симптом, наиболее характерный для обструктивного бронхита:

- а) приступообразный кашель
- б) кашель с обильной мокротой
- в) мелкопузырчатые рассеянные хрипы
- г) свистящие рассеянные хрипы

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

5 правильных ответов - отлично

4 правильных ответов - хорошо

3 правильных ответов - удовлетворительно

2 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме:

Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Ребенок 8 лет. Поступил в клинику с диагнозом: двусторонняя очаговая пневмония. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,0° С. Ребенок вялый, кожные покровы бледные, при беспокойстве появляется цианоз носогубного треугольника. Дыхание тяжелое, пыхтящее, ЧДД 64 в минуту. Частота пульса 152 в мин. Тоны сердца приглушены. Перкуторно над легкими звук с тимпаническим оттенком, в легких крепитация с обеих сторон.

Ребенок очень плохо ест. В палате душно. Мать палату не проветривает, так как боится простудить ребенка. Ребенок плохо спит. Физиологические отправления в норме.

Задания:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Проведите беседу с матерью о необходимости частой смены положения ребенка в постели.

3. Продемонстрируйте правила пользования карманным ингалятором.

Задача № 2.

Ребенок 2 – х месяцев заболел остро с повышением температуры до 38 градусов, кашля, насморка. В течение следующих трех дней состояние ухудшалось, кашель стал приступообразным, снизился аппетит, больной стал беспокойным. Наблюдался периоральный цианоз, акроцианоз, «оральная» крепитация, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Дыхание составляло 72 удара в минуту. Перкуторный звук с коробочным оттенком, масса мелких влажных хрипов с обеих сторон.

Задания:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Проведите беседу с матерью о необходимости частой смены положения ребенка в постели.

3. Продемонстрируйте технику измерения ЧДД, ЧСС.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: ангинах, ОРВИ, остром бронхите, пневмонии.

1) Вы медицинская сестра стационара. Вам необходимо провести санацию носоглотки.

Санация носоглотки при помощи электроотсоса.

Оснащение:

Электроотсос.

Мягкий резиновый стерильный катетер.

Стерильная вата.

Стерильное вазелиновое масло.

Лоток.

Стерильные перчатки.

Дезраствор.

Подготовка к процедуре:

Проверить всасывающую способность электроотсоса.

Вымыть, осушить руки и надеть стерильные перчатки.

Стерильный резиновый катетер соединить с электроотсосом.

Смазать кончик катетера стерильным вазелиновым маслом.

Выполнение процедуры:

Встать лицом к ребенку, раскрыть ему рот, слегка надавливая на подбородок.

Взять в правую руку катетер и осторожно ввести в полость рта.

Примечание: Электроотсос включить только после введения катетера на нужную глубину, т.к. возможно присасывание слизистой, что вызовет повреждение и возможное инфицирование ее.

Включить электроотсос и осторожными движениями аспирировать содержимое, постепенно продвигая в ротоглотку.

Завершение процедуры:

Выключить электроотсос, удалить катетер из ротоглотки.

Осушить салфеткой кожу вокруг рта ребенка.

Отсоединить катетер от электроотсоса и поместить его в дезраствор.

2) Вы медицинская сестра стационара. Вам необходимо взять мазок из носа и зева.

взятие мазка из зева

Цель: выявить возбудителя заболевания.

взять в левую руку пробирку с тампоном и шпателем;
прижать шпателем корень языка;
в правую руку взять из пробирки стерильный тампон и ввести в ротовую полость ребёнка, не касаясь её слизистой;
вращательным движением снять налёт с миндалин, дужек, слизи с задней стенки глотки;
вытащить тампон из ротовой полости;
поместить тампон в стерильную пробирку;
выписать направление;
отправить материал в лабораторию.
Взятие мазка из зева берётся:

патоцка, до приёма лекарства, до орошения полости рта и дез. растворами, до назначения антибиотика;
исследуемый материал неотлагательно должен быть отправлен в лабораторию.

4.Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с заболеваниями органов дыхания: ОРВИ, острый бронхит, ларинготрахеит, острая пневмония.
2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
3. Организация охранительного режима.
- 4.Подсчет ЧСС и ЧДД.
- 5.Измерение температуры и запись результата.
6. Проведение оксигенотерапии.
7. Постановка горчичников на грудную клетку.
- 8.Применение лекарственных средств ингаляционным и энтеральным способами.
- 9.Разведение антибиотиков и введение их внутримышечно.
- 10.Создание режима положения и вибрационного массажа.
- 11.Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при ОРВИ, острый бронхит, ларинготрахеит, острая пневмония.
12. Современные методы диагностики органов дыхания.
13. Принципы лечения больных с заболеваниями органов дыхания.
- 14.Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях органов дыхания.
- 15.Оказание неотложной помощи при ларингоспазме, лихорадке, дыхательной недостаточности, токсикозе.
- 16.Нейбулазерная терапия: показания, принципы проведения.

8. Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Исход ревматического эндокардита у детей

- а) гипотрофия
- б) пневмония
- в) порок сердца
- г) анемия

2. Вторичная профилактика ревматизма у детей проводится

- а) бициллином-5
- б) димедролом
- в) бисептолом
- г) коргликоном

3. Диагностика пороков сердца основывается на:

- а) общем анализе крови
- б) биохимическом анализе крови
- в) ультразвуковом исследовании сердца
- г) велоэргометрии

4. Для ВПС типичны все признаки кроме:

- а) одышка с рождения
- б) нормальная прибавка массы
- в) малая прибавка в массе на первом году жизни
- г) стойкий систолический шум в сердце

5. Тотальный цианоз кожи у новорожденного может быть

обусловлен:

- а) легочной патологией
- б) энцефалопатией
- в) врожденным пороком сердца
- г) полковым кризом

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. Клиническими признаками кардита является:

- а) нарушение общего состояния
- б) расширение границ сердца
- в) глухость сердечных тонов
- г) все вышеперечисленное

2. Для ревматического кардита характерно:

- а) лейкоцитоз
- б) ускорение СОЭ
- в) высокий титр АСЛО
- г) все вышеперечисленное

3. Какой порок обуславливает возникновение одышно – цианотических приступов:

- а) тетрада Фалло
- б) ДМЖП
- в) ДМПП
- г) общий артериальный ствол

4. Врожденный порок сердца при внутриутробной краснухе встречается:

- а) постоянно
- б) часто
- в) эпизодически
- г) никогда

5. В каком возрасте встречаются признаки открытого артериального протока:

- а) сразу после рождения
- б) 3 - 4 месяца
- в) в возрасте одного года
- г) в возрасте 2 – 3 лет

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

5 правильных ответов - отлично

4 правильных ответов - хорошо

3 правильных ответов - удовлетворительно

2 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

В грудное отделение на стационарное лечение поступил ребенок 3-х лет с диагнозом: "Врожденный порок сердца, тетрада Фалло, НК I-II ст". Приступ одышки.

При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: во время плача у ребенка усилилась одышка, появился цианоз всего тела. После оказания неотложной помощи ребенок был доставлен на госпитализацию. Врожденный порок сердца у ребенка выявлен с рождения. При физической нагрузке у ребенка усиливается одышка, цианоз. У ребенка снижен аппетит, плохо прибавляет в массу тела.

При осмотре: ЧДД - 60 в мин., пульс 160 уд./мин., ребенок отстаёт в физическом развитии, кожные покровы бледные, выражен акроцианоз. Тоны сердца звучные, над всей областью сердца выслушивается грубый систолический шум. В легких пуэрильное дыхание, живот мягкий. Физиологические отправления в норме.

Задание

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Определите проблемы с их обоснованием. Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Объясните матери необходимость ограничения физической нагрузки.

3. Продемонстрируйте дачу кислорода ребенку из кислородной подушки.

Задача № 2.

Девочка трех лет страдает одышкой с момента рождения с грудного возраста отмечается цианоз кожных покровов. Объективно: вес – 9кг, рост – 75 см. Кожа и слизистые резко цианотичны. Фаланги пальцев утолщены по типу «барабанных палочек», ногти виде часовых стекл. Частота дыхания 50 в минуту. Со стороны легких патологии не выявлено. Границы сердца расширены во все стороны. Печень выступает из под реберного края на 4 см. После незначительной физической нагрузки наблюдаются приступы цианоза и одышки.

Задание

1. Выявите, удовлетворение каких потребностей нарушено у ребенка. Определите проблемы с их обоснованием. Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Объясните матери доврачебную помощь при одышно – цианотических приступах.

3. Продемонстрируйте измерение пульса, ЧДД и артериального давления.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при заболеваниях органов кровообращения.

1) Вы медицинская сестра поликлиники. Измерьте артериальное давление ребенка 5 лет.

Техника измерения артериального давления у детей

Внимание: манжетки для детей должны быть узкие:

до 1 года - 3,5 + 7 см;

до 2 лет - 4,5 + 9 см;

до 4 лет - 5,5 + 11 см;

до 7 лет - 6,5 + 13 см;

до 10 лет - 8,5 + 15 см;

после 10 лет - стандарт.

Техника измерения:

манжетку накладывают на плечо, чтобы локтевой сгиб оставался свободным, на 2 см выше локтевого сгиба;

резиновым баллончиком накачивают воздух до исчезновения пульса на артерии;

затем постепенно выпускают воздух из манжетки. замечают уровень на шкале в момент появления пульса (максимальное - систолическое давление);

в момент исчезновения пульса получают результат минимального (диастолического) давления.

Помните: артериальное давление величина не постоянная, зависит от положения ребёнка, возраста, состояния нервной системы. Чем меньше ребёнок, тем ниже АД.

До 1 года max артериальное давление должно быть: $70 + n$ (где n - число лет ребёнка).

АД min = от 1/2 до 2/3 АД max

АД различают:

максимальное;

минимальное;

пульсовое.

Максимальное

У новорождённых - 65-70 мм. рт. ст.

У детей к 1 г. - 80 мм. рт. ст.

От 1 г. до 5 лет - $80 + (2/n)$

Более 5 л - где n - количество лет

Минимальное

1/2 или 2/3 максимального

допустимы колебания + 6, + 10

у более старших детей + 15

Пульсовое

Разница между максимальным и минимальным

2) Вы патронажная медицинская сестра. Научите мать измерять ЧДД и пульс.

Измерение ЧДД и характера дыхания.

Оснащение:

Часы.

Ручка.

Температурный лист.

Обязательные условия: считать строго за 1 минуту, в состоянии покоя.

Подготовка к процедуре.

Вымыть и осушить руки.

Удобно уложить ребенка, чтобы видеть его грудь и живот.

Выполнение процедуры.

Осуществить визуальное наблюдение за движениями грудной клетки и передней брюшной стенки.

Определить тип дыхания и подсчитать дыхательные движения строго за 1 минуту.

Если визуальный подсчет дыхательных движений невозможен, то положить руку на грудную клетку или живот ребенка в зависимости от возраста и подсчитать частоту дыхательных движений строго за 1 минуту.

Завершение процедуры.

Записать результаты исследования в температурный лист.

Вымыть и осушить руки.

Измерение ЧСС.

Оснащение:

Часы, ручка.

Температурный лист.

Подготовка к процедуре.

Вымыть и осушить руки.

Удобно уложить ребенка, при этом кисть и предплечье не должны быть «на весу».

Выполнение процедуры.

Слегка прижать 2, 3, 4 – м пальцами лучевую артерию (1 – й палец находится со стороны тыла кисти) и почувствовать пульсацию артерии.

Взять часы и подсчитать пульс строго за 1 минуту.

Прижать артерию немного сильнее к лучевой кости и определить напряжение пульса.

Завершение процедуры.

Записать результаты исследования в температурный лист.

Вымыть и осушить руки.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с заболеваниями органов кровообращения: ревматизм, врожденные пороки сердца.

2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.

3. Оценить состояние суставов и степень их подвижности.

4. Оценить степень недостаточности кровообращения.
5. Организация лечебно - охранительного режима.
6. Подсчет ЧСС и ЧДД, измерение АД.
7. Измерение температуры и запись результата.
8. Проведение оксигенотерапии.
9. Разведение антибиотиков и введение их внутримышечно.
10. Подготовка больного к ЭКГ, Эхо –КС, УЗИ внутренних органов и суставов, ОАК крови, Б/Х крови.
11. Определение суточного диуреза.
12. Диетотерапия при сердечной недостаточности.
13. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при ревматизме.
14. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при врожденных пороках сердца с обогащением и обеднением малого круга кровообращения.
15. Современные методы диагностики заболеваний органов кровообращения.
16. Принципы лечения больных с заболеваниями органов кровообращения.
17. Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях органов кровообращения.
18. Оказание неотложной помощи при острой и хронической сердечной недостаточности, коллапсе и обмороке.

9. Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Препараты железа рекомендуют запивать

- а) молоком
- б) соком
- в) чаем
- г) минеральной водой

2. Цель введения докорма ребенку - обеспечить

- а) недостающее количество питательных веществ
- б) увеличить поступление поваренной соли
- в) уменьшить поступление поваренной соли
- г) увеличить поступление жиров

3. Первый прикорм ребенку на естественном вскармливании вводится (мес.):

- а) 3 мес.
- б) 6 мес.
- в) 7 мес.
- г) 8 мес.

4. Препараты железа рекомендуют запивать:

- а) молоком
- б) соком
- в) чаем
- г) минеральной водой

5. Цель введения прикорма:

- а) удовлетворение возрастных потребностей в пищевых веществах
- б) обеспечение потребности в жирах
- в) обеспечение потребности в белках
- г) обеспечение потребности в углеводах.

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. Ребенку первого года жизни предпочтительно обеспечить вскармливание:

- а) естественное (грудное)
- б) смешанное
- в) искусственное
- г) парентеральное

2. Какой уровень гемоглобина характерен для анемии:

- а) 140 и более
- б) 120 – 130
- в) 110 и менее
- г) все вышеперечисленное

3. Какие препараты железа применяются в педиатрии:

- а) Мальтофер
- б) Феррум Лек
- в) Сорбифер

г)Ферритап

4.Какие продукты питания назначают при ЖДА:

а)свежие фрукты

б)свежие овощи

в)мясо, печень, красная рыба

г)все вышеперечисленное

5.Клинические признаки характерные для ЖДА:

а)бледность кожи и слизистых

б)слабость

в)одышка, тахикардия

г)все вышеперечисленное

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

5 правильных ответов - отлично

3 - 4 правильных ответов - хорошо

2 правильных ответов - удовлетворительно

1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2.Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Боря С., 7 лет. Диагноз: гемофилия. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные. С 2-х лет у мальчика отмечаются длительные (в течение суток и более) кровотечения при самых незначительных травмах. При небольших ушибах часто образуются обширные массивные подкожные гематомы. В возрасте 4-х лет развился гемартроз левого коленного сустава после ушиба.

Два дня назад ребенок случайно порезал палец, с тех пор кровотечение из пореза не прекращается. При обследовании в крови: эр. - $3,3 \times 10^{12}/л$, Н - 70 г/л, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$.

Задание

1. Удовлетворение каких потребностей нарушено у мальчика и проблемы пациента, поставьте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

2. Проведите с мальчиком беседу о значении и профилактике травматизма.

3. Продемонстрируйте технику измерения АД у статиста.

Задача № 2.

Активное посещение ребенка 3-х месяцев жизни. На искусственном вскармливании с 1,5 мес. возраста, страдает запорами. Два дня не было стула, ребенок беспокоен, кричит, кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, газы не отходят, температура тела $36,7^{\circ}C$, пульс 132 уд./мин., ЧДД 44 в минуту. В общем анализе крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроциты – 3 г/л, лейкоциты – 12 г/л, СОЭ – 20 мм в час.

Задания

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Проведите беседу с мамой о рациональном вскармливании.

3. Продемонстрируйте технику взятия крови на биохимический анализ.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3.Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при заболеваниях органов кроветворения, железодефицитной анемии.

1)Вы медицинская сестра процедурного кабинета. Вам необходимо взять кровь из вены на биохимический анализ.

Техника взятия крови из вены

Медицинская сестра готовит:

лотки;

резиновый жгут;

стерильные ватные шарики или салфетки;

шприц объемом 10 или 20 мл либо вакуумные пробирки для забора крови на биохимические и серологические исследования.

Непосредственно алгоритм забора крови из вены состоит из последовательных действий:

Все данные пациента регистрируются в журнале или компьютере. Емкости для взятия крови и направления маркируются.

Пациент укладывается либо усаживается в удобное положение с разогнутым локтевым суставом, внутренней поверхностью вверх.

Под локтевой сустав подкладывается валик или специальная подушка.

Резиновый жгут накладывается на среднюю треть плеча поверх тканевой салфетки так, чтобы получить венозную застой.

Пациента просят несколько раз сжать кулак и разжать, повторяя движения до достаточного наполнения вен кровью. Кулак фиксируется вжатом положении.

Кожа пациента обрабатывается ватным шариком либо стерильной салфеткой с 70%-ным спиртом, как при внутривенной инъекции, дважды: сначала большая площадь кожи, затем — меньшая, где будет производиться прокол.

Шарики сбрасываются в лоток и производится пункция вены. Если используется шприц, поршень должен располагаться максимально близко к краю цилиндра с канюлей иглы, чтобы в цилиндре не было воздуха.

Вена пунктируется под острым углом к коже до ощущения попадания в пустоту. Поршень шприца постепенно оттягивается, при этом цилиндр наполняется кровью. Сразу после попадания иглы в вену жгут снимается с плеча пациента. Все время забора крови медсестра следит за состоянием и самочувствием пациента.

При использовании вакуумной пробирки вена пунктируется иглой с переходником, к которому после попадания в вену присоединяется пробирка. При заборе крови и на биохимическое, и на серологическое исследование наполненная пробирка отсоединяется, а пустая — присоединяется к игле через тот же переходник.

После набора нужного количества крови в шприц игла извлекается из вены после прижатия к месту прокола ватного шарика со спиртом. Если используются вакуум-системы, игла извлекается только после отсоединения пробирки.

Пациента просят прижать ватный шарик и удерживать его на локтевом сгибе в течение 5 минут.

Промаркированные пробирки помещают в специальный контейнер для транспортировки в лабораторию.

Весь инструментарий и использованные расходные материалы дезинфицируются.

2) Вы медицинская сестра процедурного кабинета. Вам необходимо сделать внутримышечную инъекцию.

Алгоритм выполнения внутримышечного введения лекарств

I. Подготовка к процедуре.

Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и отсутствие аллергии на данное лекарственное средство.

Предложить или помочь пациенту занять удобное положение. Выбор положения зависит от состояния пациента; вводимого препарата.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Подготовить шприц.

Проверить срок годности, герметичность упаковки.

Набрать лекарственный препарат в шприц.

Набор лекарственного препарата в шприц из ампулы.

- Прочитать на ампуле название лекарственного препарата, дозировку, срок годности; убедиться визуально, что лекарственный препарат пригоден: нет осадка.

- Встряхнуть ампулу, чтобы весь лекарственный препарат оказался в ее широкой части.

- Подпилить ампулу пилочкой. Ватным шариком, смоченным спиртом, обработать ампулу, обломить конец ампулы.

- Взять ампулу между указательным и средним пальцами, перевернув дном вверх. Ввести в нее иглу и набрать необходимое количество лекарственный препарат.

Ампулы, имеющие широкое отверстие - не переворачивать. Следить, чтобы при наборе лекарственный препарат игла все время находилась в растворе: в этом случае исключается попадание воздуха в шприц.

- Убедиться, что в шприце нет воздуха.

Если есть пузырьки воздуха на стенках цилиндра, следует слегка оттянуть поршень шприца и несколько раз «повернуть» шприц в горизонтальной плоскости. Затем следует вытеснить воздух, держа шприц над раковиной или в ампулу. Не выталкивать лекарственный препарат в воздух помещения, это опасно для здоровья.

При использовании шприца однократного применения надеть на иглу колпачок, поместить шприц с иглой ватные шарики в упаковку из-под шприца.

Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой инъекции для избежания возможных осложнений.

Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры

Обработать место инъекции не менее чем 2 салфетками/шариками, смоченными антисептиком.

Туго натянуть кожу большим и указательным пальцами одной руки (у ребенка и старого человека захватите мышцу), что увеличит массу мышцы и облегчит введение иглы.

Взять шприц другой рукой, придерживая канюлю иглы указательным пальцем.

Ввести иглу быстрым движением под углом 90° на 2/3 её длины.

Потянуть поршень на себя, чтобы убедиться, что игла не в сосуде.

Медленно ввести лекарственный препарат в мышцу.

III. Окончание процедуры.

1. Извлечь иглу, прижать к месту инъекции шарик с кожным антисептиком, не отрывая руки с шариком, слегка помассировать место введения лекарств.

2. Подвергнуть дезинфекции расходный материал.

3. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

4. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с заболеваниями органов кроветворения: анемии, лейкозе, болезни Верльгофа, гемофилии.

2. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.

3. Оценить состояние кожных покровов, слизистых, внутренних органов.

4. Организация лечебно - охранительного режима.

5. Подсчет ЧСС и ЧДД, измерение АД.

6. Измерение температуры и запись результата.

7. Подготовка больного к ОАК крови, Б/Х крови, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, Эхо – КС, стерильной пункции.

8. Оценка гемограммы.

9. Уход за кожными покровами и слизистыми.

10. Выполнение алгоритма неотложной помощи при кровотечении носовом, желудочном, при кровоизлиянии в сустав.

11. Назначить диетотерапию при анемии.

12. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при анемии.

13. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при лейкозе.

14. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при болезни Верльгофа.

15. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при гемофилии.

16. Современные методы диагностики заболеваний органов кроветворения.

17. Принципы лечения больных с заболеваниями органов кроветворения.
18. Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях органов кроветворения.
19. Оказание неотложной помощи при кровотечении носовом, желудочном, при кровоизлиянии в сустав.

10. Сестринский уход при сахарном диабете.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при сахарном диабете.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при сахарном диабете.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при сахарном диабете.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин:

- а) альфа-клетки
- б) бета-клетки
- в) дельта-клетки
- г) клетки ацинусов

2. Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета:

- а) полидипсия
- б) полиурия
- в) нормогликемия натощак
- г) глюкозурия

3. Симптомами сахарного диабета являются все, кроме:

- а) полидипсия
- б) полиурия
- в) гипергликемия
- г) анорексия

4. Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу Хагедорна-Иенсена:

- а) 10 - 15
- б) 1,3-3,1
- в) 4,4-6,6
- г) 6,6- 7,8

5. Для инсулинзависимого сахарного диабета не характерно:

- а) наследственная предрасположенность
- б) начало заболевания обычно острое в молодом возрасте
- в) начало заболевания чаще в пожилом возрасте у лиц с ожирением
- г) проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

Вариант 2.

Выберите один правильный ответ:

1. Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки, развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов:

- а) артериальная гипертензия
- б) макроангиопатия
- в) ретинопатия
- г) нейропатия

2. Какой чувствительный безопасный метод исследования используется для ранней диагностики диабетической нефропатии:

- а) изотопная ренография
- б) УЗИ почек
- в) определение бета-микроглобулина в моче
- г) динамическая скintiграфия почек

3. Укажите наиболее частое осложнение ИЗСД:

- а) диабетическая ретинопатия
- б) ишемическая болезнь сердца
- в) церебральный атеросклероз
- г) диабетическая стопа

4. Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта:

- а) гиперкетонемическая
- б) гипогликемическая
- в) гиперосмолярная
- г) гиперлактацидемическая

5. Какая кома характеризуется признаками: предвестники в виде ощущения голода, дрожи, потливости, нормальное, иногда замедленное дыхание, влажная кожа с нормальным тургором, нормальный или повышенный тонус

глазных яблок, зрачки расширены:

- а) гиперкетонемическая
- б) гипогликемическая
- в) гиперосмолярная
- г) гиперлактацидемическая

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

- 5 правильных ответов - отлично
- 3 - 4 правильных ответов - хорошо
- 2 правильных ответов - удовлетворительно
- 1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при сахарном диабете.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Ребенок в возрасте 1 года 2 месяцев госпитализирован с задержкой физического и нервно-психического развития, запорами, общей слабостью. Мальчик родился от молодых здоровых родителей, наследственность не отягощена. С момента перевода на искусственное вскармливание мать отмечает запоры. Сидеть начал с 9 месяцев, не ходит. Проведено обследование: Врачебный диагноз: гипотиреоз

Задание:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Провести беседу с мамой о необходимости диспансерного наблюдения и заместительной терапии.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии с применением носового катетера на фантоме .

Задача № 2.

Ребенок 10 лет заболел остро. Заболевание началось с выраженной слабости, адинамией. В возрасте двух месяцев ребенок перенес тяжелую кишечную инфекцию, в последствие страдал частыми простудами и кишечными заболеваниями. Стереотип семейного питания характеризуется избыточным употреблением жиров, углеводов, печеного и сахара. Объективно: состояние средней тяжести, щеки гиперемированы, ребенок возбужден, тоны сердца громкие, ЧСС – 100 в минуту, в легких дыхание везикулярное, печень + 2 см из под реберного края, мочеиспускание частое. Сахар крови – 20 ммоль/л, сахар мочи – 1 %.

Задание:

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Провести беседу с мамой о необходимости диспансерного наблюдения и заместительной терапии и правильного питания
3. Продемонстрируйте технику пользования шприц – ручкой.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично)** – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
- 4 (хорошо)** – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
- 3 (удовлетворительно)** – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
- 2 (неудовлетворительно)** – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при сахарном диабете.

Вы медицинская сестра эндокринологического отделения. Научите маму делать инъекции инсулина с помощью шприц – ручки.

Техника введения инсулина при помощи шприц-ручки:

Подготовьте шприц-ручку.

Если нужно ввести **НПХ-инсулин**, его следует хорошо перемешать (10 раз согнуть в локте вытянутую руку со шприц-ручкой, пока раствор не станет равномерно мутным).

Перед набором дозы при каждой инъекции рекомендуется выпустить 1-2 единицы инсулина в воздух.

При помощи наборного кольца выставьте необходимую дозу в окошке корпуса.

Оголите место на коже, куда будете вводить инсулин. **Протирать спиртом место инъекции не нужно.** Большим и указательным пальцами возьмите кожу в складку.

Введите иглу у основания кожной складки перпендикулярно поверхности или под углом 45 градусов. Не отпуская складку (!), нажмите до упора на поршень шприца.

Выньте иглу через несколько секунд после введения инсулина (можно посчитать до 10).

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с сахарным диабетом.
2. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с гипотиреозом.
3. Выявление нарушенных потребностей и организация ухода с учетом выявленных нарушений.
4. Оценить состояние физического и полового развития.
5. Составить и заполнить карту за ребенком с сахарным диабетом.
6. Выявить ранние признаки коматозных состояний и оказать доврачебную помощь при комах.
7. Выполнить методики экспресс – диагностики сахара крови.

8. Правила пользования шприц – ручками.
9. Назначение и контроль лечебного питания при сахарном диабете.
10. Подготовка системы для внутривенного капельного введения жидкости.
11. Знакомство с работой «Школ диабета».
12. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при сахарном диабете.
13. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при гипотиреозе.
14. Современные методы диагностики заболеваний эндокринной системы.
15. Принципы составления диеты при сахарном диабете согласно хлебным единицам.
16. Принципы лечения больных с сахарным диабетом и гипотиреозом.
17. Виды инсулинов и способы их введения.
18. Реабилитация и диспансерное наблюдение при заболеваниях эндокринной системы.
19. Оказание неотложной помощи при диабетической и гипогликемической комах.

1. Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Краснуха, возникшая в I триместре беременности, опасна развитием

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| а) бронхиальной астмы у женщины | в) сахарного диабета у женщины |
| б) обострения пиелонефрита у женщины | г) врожденных пороков у ребенка |

2. Увеличение околоушных слюнных желез у детей характерно для

- | | |
|-------------|----------------------------|
| а) кори | в) ветряной оспы |
| б) краснухи | г) эпидемического паротита |

3. Пассивная иммунизация столбняка проводится:

- а) всем детям
- б) всем привитым больным , получившим рану
- в) только взрослым пострадавшим
- г) всем не привитым больным , получившим рану

4. Карта профилактических прививок – это форма

- | | |
|----------|----------|
| а) ф-75а | в) ф-063 |
| б) ф-030 | г) ф-112 |

5. Наиболее частое осложнение ОРВИ у детей :

- | | |
|--------------|--------------------|
| а) пневмония | в) сахарный диабет |
| б) лейкоз | г) туберкулез |

Вариант 1.

Выберите один правильный ответ:

1. Приступообразный спазматический кашель характерен для

- а) риновирусной инфекции
- б) ветряной оспы
- в) коклюша
- г) эпидемического паротита

2. При лечении кандидозного стоматита используют:

- а) интерферон, оксолиновую мазь
- б) трипсин, химотрипсин
- в) масло шиповника, облепихи
- г) нистатин, 2% раствор соды

3. Симптом Бельского-Филатова-Коплика характерен для :

- а) аденовирусной инфекции
- б) гриппа
- в) ветряной оспы
- г) кори

4. Истинный круп развивается у детей при :

- а) гриппе
- б) кори
- в) коклюше
- г) дифтерии

5. Увеличение околоушных слюнных желез у детей характерно для:

- а) кори
- б) краснухи
- в) ветряной оспы
- г) эпидемического паротита

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

5 правильных ответов - отлично

3 - 4 правильных ответов - хорошо

2 правильных ответов - удовлетворительно

1 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1.

Наташа Р., 6 лет поступила в стационар с диагнозом: скарлатина, среднетяжелое течение.

Общее состояние средней тяжести, температура тела 37,6° С. Девочка жалуется на боли в горле, головную боль. Почти ничего не ест и не пьёт, так как при глотании усиливается боль в горле. Мать пытается кормить ребенка насильно. На гиперемизированном фоне кожных покровов обильная, мелкоочечная сыпь. Пульс 130 ударов в 1 мин., тоны сердца приглушены. Кончик языка сосочковый. Язык обложен густым белым налетом. В зеве яркая ограниченная гиперемия, рыхлые миндалины, гнойные налеты на них. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Девочке назначено полоскание горла раствором фурацилина, но она отказывается полоскать, так как не умеет.

Задание:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Объясните матери, как необходимо правильно кормить ребенка при скарлатине.

Продemonстрируйте технику взятия мазка из зева и носа.

Задача № 2.

Медсестра осуществляет патронаж к ребенку 2-х лет с диагнозом: ветряная оспа, типичная форма, средней степени тяжести.

Мать ребенка предъявляет жалобы на нарушение сна, снижение аппетита, слюнотечение, повышение температуры тела 37,5°С, высыпания на коже в виде пузырьков, беспокоит зуд кожи в местах высыпания.

Данные сестринского обследования: общее состояние удовлетворительное, ребенок активный, температура тела 37,5°С, На коже волосистой части головы, туловище, конечностях имеется сыпь в виде бледно-розовых пятен, везикул (пузырьков), с прозрачным содержимым. Высыпания сопровождаются зудом. Зев ярко гиперемизирован, на слизистой полости рта имеются единичные высыпания в виде пузырьков. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. ЧД 30 в минуту, пульс 120 ударов в минуту. Стул, диурез в норме.

Задание:

Определите удовлетворение, каких жизненных потребностей нарушено, определите проблемы пациента, сформулируйте цели, составьте план сестринского ухода по проблемам с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Проведите беседу о правилах ухода за ребенком.

Продemonстрируйте технику гигиенической ванны.

Задача № 3.

Ребенок 4 лет, посещает детский сад. Заболел остро, придя из садика стал капризничать, жалуется на боль в области правого уха. На следующий день боль усилилась, появилась припухлость в области правой щеки.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура - 38° С, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые, без сыпи. Отмечается асимметрия лица, припухлость в области правой щеки тестообразной консистенции, слегка болезненная при пальпации.

В зеве отмечается легкая гиперемия. Со стороны других органов и систем видимой патологии не выявлено. Диагноз - эпидемический паротит.

Задание:

1. Определите удовлетворение, каких жизненных потребностей нарушено, определите проблемы пациента, сформулируйте цели, составьте план сестринского ухода по проблемам с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Объясните матери, что значит "изоляция ребенка" при инфекционном заболевании.

3. Продemonстрируйте постановку согревающего компресса на ухо ребенку.

Задача № 4.

Ребенок 8 лет. Поступил в клинику с диагнозом: двусторонняя очаговая пневмония. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,0° С. Ребенок вялый, кожные покровы бледные, при беспокойстве появляется цианоз носогубного треугольника. Дыхание тяжелое, пыхтящее, ЧДД 64 в минуту. Частота пульса 152 в мин. Тоны сердца приглушены. Перкуторно над легкими звук с тимпаническим оттенком, в легких крепитация с обеих сторон.

Ребенок очень плохо ест. В палате душно. Мать палату не проветривает, так как боится простудить ребенка. Ребенок плохо спит.

Физиологические отправления в норме.

Задание:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Проведите беседу с матерью о необходимости частой смены положения ребенка в постели.

3. Продemonстрируйте правила пользования карманным ингалятором.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме

Сестринский уход при детских инфекционных заболеваниях.

1) Вы медицинская сестра стационара. Вам необходимо закапать капли в ухо и в нос ребенку.

закапывание капель в ухо, нос

Закапывание капель в ухо

Цель: лечебная.

Показания: воспаление среднего уха, серная пробка.

Противопоказания: травмы среднего уха.

опустить флакон с каплями в стакан с водой $t = +37-38^{\circ}\text{C}$ на 10 минут;

вымыть руки с мылом;

уложить больного, положив его голову так, чтобы ухо, в которое должны закапывать капли, было сверху;

ушную раковину у маленьких детей левой рукой оттянуть книзу, у старших кзади и кверху;

правой рукой закапывают в ухо 5-6 капель;

нажимают несколько раз на козелок;

заложить в ухо небольшой ватный тампон;

оставить больного лежать в постели 10 минут;

пипетку опустить в дез. средство;

пипетку промыть проточной водой.

Закапывание капель в нос

Цель: лечебная.

Показания: воспаление слизистой оболочки носа.

Противопоказания: носовые кровотечения, травма носа с повреждением слизистой оболочки.

вымыть руки с мылом;

очистить нос больного ватным фитильком;

усадить больного с запрокинутой головой или уложить на спину без подушки;

пальцем приподнять кончик носа больного;

медленно впустить 3-4 капли;

наклонить голову больного в сторону той половины, в которую производилось закапывание;

пальцем прижать крылья к перегородке;

попросить больного сделать несколько движений головой спереди назад и обратно;

через 1-2 минуты так же влить во вторую половину носа;

пипетку опустить в дез. средство;

пипетку промыть теплой водой.

2) Вы медицинская сестра отделения реанимации. Окажите неотложную помощь при судорогах с инфекционной патологией.

Алгоритм действий при судорогах

1. Уложить ребенка на столе на спину, подложить валик под шею, повернуть голову на бок, выдвинуть нижнюю челюсть, ввести в рот роторасширитель, зафиксировать язык.

2. Провести ревизию верхних дыхательных путей. Алгоритм ABC при необходимости.

3. Назначить кислородотерапию через носовые катетеры.

4. Ввести 0,5% раствор седуксена (реланиума) в дозе 0,1 мл/кг массы (0,3-0,5 мг/кг) в/в или в/м под язык в 5-10 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

5. Назначить 25% раствор магния сульфата в дозе 0,2 мл/кг, но не более 5 мл, в/м или в/в в 5-10 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия.

6. При повторном приступе судорог ввести 20% раствор оксибутирата натрия в дозе 0,25-0,4 мл/кг массы в/м или в/в в 10-20 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия. При отсутствии эффекта от введенного противосудорожного средства в течение 25 минут вводят последующий противосудорожный препарат. При более раннем его введении возможны кумуляция и угнетение дыхания.

7. Следить за проходимость дыхательных путей ребенка и состоянием дыхания, корректируя возможные нарушения.

8. Обязательна госпитализация ребенка.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с детскими инфекциями, передающимися воздушно – капельным путем: корь, скарлатина, ветряная оспа, паротит, краснуха, менингококковая инфекция.

2. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с детскими инфекциями, передающимися фекально – оральным путем: сальмонеллез, дизентерия, кишечная – коли инфекция.

3. Выполнение этапов сестринского процесса при уходе за ребенком с детскими инфекциями.

4. Сан.эпид режим и инфекционная безопасность.

5. Национальный календарь прививок по профилактике детских инфекций.

6. Подготовка системы для внутривенного капельного введения жидкости.

7. Подготовка больного к инструментальным методам исследования: копрограмма, посев кала, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, Эхо – КС, ректороманоскопия, ОАК крови, ОАМ, биохимический и иммунологический анализ крови.

8. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при детских инфекциях передающихся воздушно – капельным путем: корь, скарлатина, ветряная оспа, паротит, краснуха, менингококковая инфекция.

9. Причины, факторы риска, нарушенные потребности, клинические проявления при детских инфекциях передающихся фекально – оральным путем: сальмонеллез, дизентерия, кишечная – коли инфекция.

10. Современные методы диагностики детских инфекций.

11. Принципы составления диеты и оральной регидратации.

12. Принципы лечения больных с детскими инфекциями.

13. Национальный календарь прививок.

14. Оказание неотложной помощи при токсикозе с эксикозом, судорожном синдроме, лихорадке.

МОДУЛЬ 4

Сестринский уход при оказании специализированной помощи пациентам

Тема 1. Организация противотуберкулёзной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Организация противотуберкулёзной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Организация противотуберкулёзной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме «Организация противотуберкулёзной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Федеральный закон о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации устанавливает:

А. правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

Б. общие рекомендации по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации.

2. Основная цель противотуберкулёзного диспансера состоит в систематическом снижении среди населения обслуживаемого района:

А. заболеваемости туберкулезом;

Б. инфицированности туберкулезом;

В. смертности от туберкулеза.

3. В какой группе диспансерного учета наблюдаются большие активными формами туберкулеза

А. в 1-й группе

Б. во 2-ой группе

В. в 3-й группе

Г. в 4-й группе

4. При контакте с бактериовыделителем чаще заболевают туберкулезом:

А. вакцинированные БЦЖ

Б. инфицированные туберкулезом

В. не вакцинированные и не инфицированные

5. Причинами несвоевременного выявления туберкулеза являются:

А. дефекты в профилактической работе

Б. неполноценное обследование в поликлинике и стационаре

В. небрежное, отношение больного к своему здоровью

Г. незнание врачами общей сети "масок" туберкулеза (врачебные ошибки)

6. Декретированными возрастными для проведения ревакцинации БЦЖ являются все перечисленные, кроме:

А. детей 5 лет

Б. детей 6-7 лет

В. детей 11-12 лет

7. Об инфицировании населения туберкулезом можно судить по перечисленным ниже критериям, исключая:

А. обнаружение при секционном исследовании следов перенесенной ранее туберкулезной инфекции

Б. обнаружение на флюорограмме признаков перенесенного ранее туберкулеза

В. положительная кожная проба с туберкулином

Г. обнаружение БК в мокроте

8. Группами "риска" по туберкулезу для подростков являются:

А. перенесшие ранее локальный туберкулез

Б. давно инфицированные

В. из очагов туберкулезной инфекции

Г. Курящие

9. При выявлении нового случая туберкулеза обязательным документом противотуберкулёзной службы и службы санэпиднадзора является...

А. амбулаторная карта больного

Б. экстренное извещение

В. история болезни

Г. справка на улучшение жилищных условий

10. Основные мероприятия, составляющие работу противотуберкулёзного диспансера - это:

А. наблюдение за контингентом по группам

Б. ведение документации и отчетности

В. амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики

Г. диагностика туберкулеза

Вариант 2

В Федеральном законе о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации года используются следующие основные понятия:

А. туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое МБТ

Б. заразная форма туберкулеза - активная форма туберкулеза, при которой происходит выделение МБТ

3. большой туберкулезом - большой активной формой туберкулеза.

Оказание противотуберкулёзной помощи больным туберкулезом гарантируется государством:

А. Да

Б. Нет

На территории Российской Федерации, больные туберкулезом, нуждающиеся в оказании противотуберкулезной помощи.

А. получают такую помощь в медицинских противотуберкулезных организациях, имеющих соответствующие лицензии

Б. в любых медицинских организациях

Предоставляется ли больным заразными формами туберкулеза право принятия их на учет для улучшения жилищных условий:

А. Да

Б. Нет

5. Для проведения противотуберкулезной вакцинации диспансер осуществляет:

А. подготовку врачей и медицинских сестер о вакцинации

Б. методическое руководство и инструктирование

В. вакцинацию и ревакцинацию детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции

Г. изоляцию бактериовыделителей на период формирования поствакцинального иммунитета

6. В какой группе диспансерного учета наблюдаются больные активными формами туберкулеза, с хроническим течением заболевания

А. в 1-й группе

Б. во 2-ой группе

В. в 3-й группе

Г. в 4-й группе

7. Наибольшую опасность для окружающих представляет:

А. больной инфильтративным туберкулезом без распада, БК+ в мокроте определяется методом бактериоскопии

Б. больной с инфильтративным туберкулезом в фазе распада, БК+ в мокроте

определяется методом посева

В. больной с фиброзно-кавернозным туберкулезом, БК+ в мокроте выявляется

только методом посева

8. Задачи дневного туберкулезного стационара:

А. проведение контролируемой химиотерапии

Б. контрольное диагностическое обследование

В. проведение противорецидивного и профилактического лечения

9. О распространенности туберкулеза свидетельствуют такие показатели:

А. как заболеваемость

Б. как болезненность

В. как смертность

Г. как инфицированность

10. К социальным факторам, благоприятствующим распространению туберкулеза, относятся:

А. неблагоприятные жилищно-бытовые условия

Б. материальная необеспеченность

В. высокий интеллектуальный уровень

Г. беспорядочный образ жизни

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

9-8 правильных ответов - хорошо

7-6 правильных ответов - удовлетворительно

5 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Организация противотуберкулезной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача 1

Вы участковая медицинская сестра, к Вам обратилась пациентка 40 лет, которая наблюдается у фтизиатра в IV диспансерной группе. В последнее время предъявляет жалобы на боли и рези при мочеиспускании, двустороннюю тупую боль в поясничной области, слабость, потливость. Объективно: кожа бледная, лицо одутловатое, темпера-

тура 37,5 °С. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон болезненно. Почки не пальпируются. Пульс 72 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст.

Вопросы:

1. К каким специалистам необходимо направить пациентку?

2. Какое обследование необходимо провести пациентке?

3. Что нужно уточнить из анамнеза?

4. Какие больные туберкулезом наблюдаются в IV группе диспансерного учета?

Задача 2

В семье больна туберкулезом жена. Ее муж и сын здоровы.

Вопросы:

1. Где должна проходить лечение жена?

2. Какие мероприятия необходимо провести в отношении мужа и сына?

3. В какой диспансерной группе наблюдаются контактные лица по туберкулезу, в течение какого времени?

4. Какие виды дезинфекции необходимо проводить в очаге?

5. Нуждаются ли контактные лица в проведении химиопрофилактики?

6. Как часто должны проходить флюорографическое обследование лица, контактные по туберкулезу?

7. Какие рекомендации необходимо дать лицам, контактным туберкулезу?

Задача 3

Пациентка К., 10 лет, споткнулась и упала на левую ногу. По вреждений кожных покровов не было, и на следующий день ребенок чувствовал себя хорошо. Через месяц у девочки появились боли в паховой области слева, хромота. При осмотре: атрофия мышц левого бедра, активные движения в левом тазобедренном суставе ограничены. Старшая сестра пациентки больна туберкулезом легких на протяжении 2 лет.

При обследовании: реакция Манту гиперергическая (22мм). Рентгенография левого тазобедренного сустава: сужение суставной щели, эрозия в области вертлужной впадины слева. Поставлен диагноз: туберкулез левого тазобедренного сустава.

Задание:

1. По каким признакам был поставлен диагноз?
2. Группа диспансерного наблюдения у фтизиатра.

Задача 4

Вы медицинская сестра кабинета доврачебного приема в поликлинике. К Вам обратилась пациентка К., 20 лет, которая вышла замуж и переехала жить в дом родителей мужа. Через несколько месяцев она стала отмечать усталость, потливость, снижение массы тела, субфебрилитет, покашливание.

При осмотре: пациентка астенического телосложения, температура тела 37,3 °С. Масса тела 51 кг, рост 169 см. На вопрос о здоровье членов семьи пациентка ответила, что свекор болен: давно кашляет и худеет, наблюдается в тубдиспансере. Задание:

1. Перечислить проблемы пациентки.
2. Тактика медицинской сестры.

Задача 5

При массовом обследовании у ребенка Ф., 5 лет, была выявлена положительная проба Манту (папула диаметром 12 мм). Вакцинация БЦЖ была проведена в роддоме на 3-й день жизни. Результаты предыдущих проб Манту: в возрасте 1 год — 5 мм;

2 года — 3 мм; 3 года — 1 мм; 4 года — отрицательная. Контакт с больными туберкулезом не выявлен. Физическое и психомоторное развитие ребенка соответствует возрасту.

Поставлен диагноз: вираж туберкулиновой пробы.

Задание:

1. Определите потенциальную проблему ребенка.
2. Действия медицинской сестры здравпункта после прочтения результата пробы Манту.

Задача 6

Пациентка А., 27 лет, госпитализирована в стационар с диагнозом очагового туберкулеза легких. Предъявляет жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, кашель с прожилками крови, повышение температуры до субфебрильных цифр в течение 2-3 нед, потливость по ночам. За 1 мес похудела на 6 кг. Женщина курит с 20 лет, употребляет крепкие алкогольные напитки. Работает адвокатом и общается с заключенными.

При осмотре: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, температура 37,5 °С, частота дыхания до 22 в минуту, пульс 90 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 100/70 мм рт.ст.

Задание:

Сформулируйте проблемы пациента. Ваши действия.

Укажите факторы, способствующие развитию заболевания.

Задача 7

Ребенку в роддоме не сделали вакцинацию БЦЖ, так как у него были катаральные явления и повышение температуры тела до 38°С. При выписке ребенок здоров.

Вопросы:

1. Когда можно провести ребенку вакцинацию БЦЖ?
2. Где необходимо проводить вакцинацию БЦЖ?
3. Кто будет проводить вакцинацию БЦЖ?
4. Необходимо ли провести реакцию Манту данному ребенку?
5. Через какой срок после вакцинации у ребенка сформируется противотуберкулезный иммунитет?

Задача 8

Вы участковая медицинская сестра, к Вам обратилась пациентка 40 лет, которая наблюдается у фтизиатра в IV диспансерной группе. В последнее время предъявляет жалобы на боли и рези при мочеиспускании, двустороннюю тупую боль в поясничной области, слабость, потливость. Объективно: кожа бледная, лицо одутловатое, температура

37,5 °С. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон болезненно. Почки не пальпируются. Пульс 72 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст.

Вопросы:

Что нужно уточнить из анамнеза?

Какие больные туберкулезом наблюдаются в IV группе диспансерного учета?

Задача 9

Медицинская сестра здравпункта медучилища по назначению врача провела пробу Манту студентке А., 20 лет. Через 72 ч после постановки пробы на коже предплечья выявлен инфильтрат размером 3 мм.

Задание:

Оцените результат пробы.

Задача 10

Медицинская сестра здравпункта медучилища провела пробу Манту студентке А., 17 лет. Через 72 ч после постановки пробы на коже предплечья выявлен инфильтрат размером 16 мм.

Задание:

1. Оцените результат пробы.
2. Тактика медицинской сестры.

Задача 11

Медицинская сестра здравпункта строительного техникума провела пробу Манту студенту В., 17 лет. Через 72 ч после постановки пробы на коже предплечья выявлен инфильтрат размером 24 мм.

Задание:

1. Оцените результат пробы.

2. Тактика медицинской сестры.

Задача 12

Вы медицинская сестра, проводите патронаж грудного ребенка. Ребенку в роддоме 3 нед назад была проведена вакцинация БЦЖ. При осмотре в области верхней трети наружной поверхности плеча обнаружен инфильтрат с пустулой, покрытый корочкой.

Вопрос:

Как оценить результаты осмотра?

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Изучите и законспектируйте в рабочие тетради схему опроса пациента (первый этап сестринского процесса) подозрительного на туберкулез.

Анамнез болезни:

Боле ли раньше туберкулезом;

Состоял ли на учете в тубдиспансере;

Если болел, то когда, чем и где лечился, как помогало лечение;

С чем связывает ухудшение состояния в настоящее время, как долго это продолжается;

Проходил ли ФЛГ и когда в последний раз;

Боле ли туберкулезом его родственники;

Имел ли контакт с больным туберкулезом;

Проведены ли ранее прививки;

Анамнез жизни:

Место жительства (село, город);

Профессия, характер работы;

Материально-бытовые условия;

Образ жизни, уровень культуры;

Находился ли в СИЗО или других учреждениях МВД РФ;

Является ли БОМЖом, беженцем, вынужденным переселенцем, мигрантом;

Были ли травмы, операции;

Болеет ли заболеваниями органов пищеварения;

Болеет ли заболеваниями органов дыхания;

Имеет ли пациент хронические заболевания ССС, эндокринной системы, ВИЧ-инфекцию;

Если пациент женщина, то выяснить, были ли в течение 2-3 лет беременности, роды, аборт, не было ли после них длительного периода плохого самочувствия;

Употребляет ли наркотики;

Как часто употребляет алкоголь;

Состоит ли на учете в психоневрологическом диспансере;

Лечился или лечится глюкокортикостероидами;

Связана ли жизнь или работа с длительными стрессами (нервные перегрузки, недосыпание, неполноценное питание, командировки);

Связана ли работа или быт с пылевыми, токсическими, радиационными вредностями;

Каково материальное положение его семьи;

Изучите и законспектируйте основные методы лабораторного исследования.

Наиважнейшее диагностическое и эпидемиологическое значение имеет выявление МБТ в мокроте пациента.

Знать о том, имеет ли пациент отрицательный или положительный результат важно по двум причинам:

Преобразование мокроты из положительной в отрицательную, или наоборот, это один из индикаторов изменения состояния пациента;

Результат анализа мокроты может помочь определить приоритет в лечении, пациентам с положительным результатом уделяется больше внимания, так как пациенты с отрицательным результатом в меньшей степени инфекционно опасны.

Основными методами исследования мокроты являются:

- бактериоскопический (исследование на кислотоустойчивые микобактерии - КУМ);

- бактериологический (посев на среду Левенштейна-Йенсена, рост через 14-90 дней, достаточно 20-100 микробных клеток в 1мл мокроты);

- биологический (заражение морских свинок, достаточно 5 микробных клеток в 1мл мокроты);

Для качественной диагностики заболевания очень важно правильно собрать три образца мокроты (не слюну!) для проведения исследований.

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме «Организация противотуберкулезной службы. Сестринская помощь во фтизиатрии».

Алгоритм и график сбора мокроты на МБТ.

Цель. Выделение МБТ.

Показания. Подозрение на туберкулез легких.

Противопоказания. Легочное кровотечение.

Оснащение. Стерильная банка с плотно закрывающейся крышкой.

- Перед сдачей мокроты пациенту необходимо прополоскать рот водой, чтобы удалить частички пищи и загрязняющую микрофлору ротовой полости, зубы не чистить.

- Пациент делает два глубоких вдоха, задерживает дыхание на несколько секунд после каждого вдоха и медленно выдыхая. Затем вдохнуть третий раз и с силой выдохнуть воздух. Хорошо откашляться.

- Поднести контейнер ко рту и осторожно сплюнуть мокроту.

- Плотно закрыть контейнер крышкой.

- Вымыть руки с мылом.

График сбора образцов мокроты.

Сбор первого образца мокроты (1-й день)	Собирается под наблюдением медицинского работника во время первого приема пациента . Объясняется пациенту необходимость трехкратного сбора мокроты. Выдается на дом стерильный контейнер подписанный №2, и объясняются правила сбора мокроты в домашних условиях и правилах доставки в ЛПУ(утро следующего дня).
Сбор второго образца мокроты (2-й день)	Пациент должен: самостоятельно откашлять второй образец мокроты в выданный контейнер сразу после пробуждения, ранним утром натощак. Как можно скорее доставить материал в ЛПУ.
Сбор третьего образца мокроты (2-й день)	Когда пациент приходит на прием со вторым образцом мокроты, то в присутствии медицинского работника собирается третий образец.

- После сбора мокроты заполняется «Журнал регистрации материала, собранного для микроскопических исследований на туберкулез» (ф.№04-1-ТБ/у).
- Мокрота может храниться в герметично закрытых контейнерах в холодильнике не более 48-72 ч.
- На контейнерах ставится идентификационный номер (не на крышках).
- Заполняется верхняя часть направления на проведение микроскопии мокроты ф.№05-ТБ/у.
- Прикладывается направление к трем образцам мокроты (на 3 образца одно направление).
- Упаковывается направление в пакет вместе с образцами.
- При транспортировке на всю партию заполняется сопроводительный лист в двух экземплярах (ф. №04-2-ТБ/у « Сопроводительный лист доставки диагностического материала для микроскопического исследования на туберкулез». Один экземпляр передают в лабораторию, другой с подписью сотрудника, принявшего материал, возвращают в ЛПУ, направившее материал.

Отработать навыки забора мокроты, заполнения сопроводительной документации и транспортировки материала для исследования.

Назначают и контролируют результаты туберкулинодиагностики врачи фтизиатры или педиатры. Мероприятия по туберкулинодиагностике регламентируются приказом МЗ РФ от 21.03.2003г. №109 « О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», приложение 4 « Инструкция по применению туберкулиновых проб».

Алгоритм проведения реакции Манту и отработка техники постановки в/к пробы в процедурном кабинете.

Цель: проведение реакции Манту взрослым и детям.

Показания:

- раннее определение туберкулеза;
- определение лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом;
- отбор контингента для ревакцинации БЦЖ;
- определение инфицированности населения туберкулезом.

Оснащение:

- ампула с туберкулином;
- перчатки;
- стерильные ватные шарики;
- туберкулиновые шприцы;
- 70% этиловый спирт;
- иглы инъекционные для набора туберкулина из флакона;
- флакон с нашатырным спиртом;
- линейка длиной 100мм.

Алгоритм действий при проведении реакции Манту.

- Медицинская сестра:
- Объясняет пациенту цель и ход процедуры;
- Получает его согласие на проведение процедуры;
- Моет руки;
- Надевает перчатки;
- Проверяет целостность ампулы и срок годности туберкулина;
- Обрабатывает шейку ампулы спиртом, вскрывает ампулу;
- Набирает 0,2мл туберкулина в туберкулиновый шприц;
- Надевает иглу, удаляет 0,1мл туберкулина с излишками воздуха, проверяет проходимость иглы;
- Обрабатывает ватным шариком, смоченным спиртом, среднюю треть внутренней поверхности предплечья, затем вторым шариком, смоченным спиртом, обрабатывают место инъекции;
- Внутрикожно под углом 5* иглу срезом вверх почти параллельно коже, так, чтобы срез иглы скрылся в толще эпидермиса, надавливает на поршень и вводит 0,1мл туберкулина. На месте введения должна образоваться папула белесоватого цвета;
- Извлекает иглу, не прижимая место инъекции ватным шариком, смоченным спиртом;
- Шприц замачивает в дез. средстве;
- Снимает перчатки, замачивает их в дез. средстве;
- Моет и высушивает руки;
- Записывает в прививочный лист: номер, серию туберкулина и дату проведения пробы Манту;
- Проводит беседу с пациентом и его родителями. Место инъекции нельзя тереть, расчесывать, мочить, ничем не смазывать, грубую одежду не носить.
- Оценивает результат пробы Манту через 72 часа, измеряя размер папулы в миллиметрах линейкой поперек предплечья;
- Заносит результат измерения в прививочный лист.

Внимание место прививки нельзя смазывать йодом и накладывать повязку!

Оценка результатов пробы Манту.

- 0-1мм отрицательная реакция;

2-4мм сомнительная реакция;
5мм и более положительная реакция;
5-9мм слабоположительная реакция;
10-14мм реакция средней интенсивности;
15-16мм выраженная реакция;
более 17мм гиперергическая реакция;

Выраж - это впервые возникшая положительная туберкулиновая реакция после серии предыдущих отрицательных результатов.

4.Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Устно подготовьте ответы на следующие вопросы:

Этические и правовые основы борьбы с туберкулезом

Группы диспансерного наблюдения при туберкулезе.

Противотуберкулезные диспансеры.

Дневной туберкулезный стационар.

Этиология туберкулеза.

Биологические факторы, способствующие заболеваемости туберкулезом

Основные пути передачи туберкулеза.

Классификация туберкулеза.

Первичный туберкулезный комплекс.

Методы обследования больного с туберкулезом органов дыхания.

Осложнения туберкулеза.

Тема 2. Сестринский уход у детей и подростков с туберкулёзом.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский уход у детей и подростков с туберкулёзом.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

1.Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринская помощь у детей и подростков с туберкулёзом.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход у детей и подростков с туберкулёзом. Диагностика туберкулеза» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

Развитию туберкулеза более всего способствуют

А. гиподинамия, употребление богатой холестерином пищи, курение

Б. переохлаждение, аллергические заболевания, наследственность

В. плохие бытовые условия, вынужденная миграция, плохое питание

Г. злоупотребление солью, гиподинамия, профвредности

2. Первичный туберкулезный комплекс формируют следующие элементы

А. первичный аффект, лимфангоит, регионарный плеврит

Б. первичный аффект, лимфангоит, отдаленный лимфаденит

В. первичный аффект, лимфангоит, регионарный лимфаденит

Г. первичный аффект, каверна, отдаленный лимфаденит

Первичным туберкулезом болеют

А. люди любого возраста

Б. преимущественно дети и подростки

В. преимущественно женщины зрелого возраста

Г. преимущественно мужчины зрелого возраста

4. Для первичной туберкулезной интоксикации характерна лихорадка

А. фебрильная

Б. гектическая

В. извращенная

Г. субфебрильная

5. К физиологическим проблемам при первичном туберкулезе относятся

А. утомляемость, снижение работоспособности, лихорадка

Б. проживание в коммунальной квартире, материальные затруднения

В. необходимость длительного лечения, общая слабость, курение

Г. бессонница, продуктивный кашель, страх потерять работу

6. Наиболее часто встречается туберкулез органов дыхания

- А. очаговый
 - Б. кавернозный
 - В. инфильтративный
 - Г. диссеминированный
- 7. Вторичный туберкулез развивается**
- А. у детей, родители которых больны туберкулезом
 - Б. после перенесенного когда-то туберкулеза в любой форме
 - В. у взрослых до 30 лет с отрицательной реакцией Манту
 - Г. у подростков из очагов туберкулеза
- 8. Флюорографическое обследование имеет значение**
- А. для специфической профилактики туберкулеза
 - Б. для раннего выявления туберкулеза
 - В. для отбора на ревакцинацию
 - Г. для дифференциальной диагностики туберкулеза легких.
- 9. Симптомы вторичного туберкулеза легких**
- А. кашель с гнойной мокротой, лихорадка, похудание
 - Б. битональный кашель, наследственная предрасположенность
 - В. частые простудные заболевания, аллергические реакции в анамнезе
 - Г. отсутствие рентгенологических изменений, общая слабость
- 10. Социально-бытовые проблемы при туберкулезе**
- А. проживание в коммунальной квартире, головная боль, лихорадка
 - Б. профессиональные ограничения, кашель, быстрая утомляемость
 - В. конфликты в семье, продуктивный кашель, потливость
 - Г. изоляция от трудового коллектива, профессиональные ограничения

Вариант 2

- 1. Физиологические проблемы при вторичном туберкулезе**
- А. страх потерять работу, продуктивный кашель, плохой аппетит
 - Б. раздражительность, лихорадка, проживание в общежитии
 - В. кашель, явления туберкулезной интоксикации, потливость
 - Г. страх смерти, головная боль, инспираторная одышка
- 2. Достоверный признак легочного кровотечения**
- А. приступообразный кашель, кровохарканье, бледность кожи
 - Б. выделение пенистой алой крови с кашлевыми толчками
 - В. рвота с примесью крови или типа кофейной гущи, тахикардия
 - Г. бледность кожных покровов, снижение артериального давления
- 3. Рекомендации по питанию детям больным туберкулезом**
- А. ограничить жидкость, увеличить количество морепродуктов
 - Б. увеличить объем легкоусвояемой пищи, ограничить соль
 - В. ограничить легкоусвояемые углеводы, растительные жиры
 - Г. увеличить калорийность, количество белка и витаминов
- 4. Сроки вакцинации БЦЖ при отсутствии противопоказаний**
- А. на 3-7 день после рождения
 - Б. в возрасте 1 года
 - В. в возрасте 3 лет
 - Г. в возрасте 7 лет
- 5. Необходимое обследование перед ревакцинацией БЦЖ**
- А. общий анализ крови, мочи
 - Б. анализ мокроты
 - В. флюорография
 - Г. проба Манту
- 6. Тип микобактерий, чаще других вызывающих заболевание у человека**
- А. бычий
 - Б. мышинный
 - В. птичий
 - Г. человеческий
- 7. Главным источником туберкулезной инфекции у детей является**
- А. больной туберкулезом крупный рогатый скот
 - Б. пациент, инфицированный туберкулезом
 - В. пациент с активной формой туберкулеза
 - Г. ребенок с хронической туберкулезной интоксикацией
- 8. Факторы передачи при пищевом пути распространения туберкулеза**
- А. предметы пользования
 - Б. нательное белье
 - В. молоко, сыр
 - Г. овощи, фрукты
- 9. Характерная жалоба для различных форм туберкулеза у детей**
- А. снижение массы тела
 - Б. головная боль
 - В. цианоз кожных покровов
 - Г. экспираторная одышка
- 10. Методы ранней диагностики туберкулеза у детей**
- А. томография, бронхография
 - Б. туберкулинодиагностика, флюорография
 - В. бронхоскопия, бронхография
 - Г. спирография, пневмотахометрия

Вариант 3

1. Проба Манту оценивается у детей через

- А. 12 часов
- Б. 24 часа
- В. 36 часов
- Г. 72 часа

2. Анатомическая область введения вакцины БЦЖ

- наружная поверхность плеча
- внутренняя поверхность предплечья
- внутренняя поверхность плеча
- наружная поверхность предплечья

3. Анатомическая область постановки пробы Манту у детей

- А. верхняя треть плеча
- Б. верхняя треть предплечья
- В. средняя треть плеча
- Г. средняя треть предплечья

4. Вакцина БЦЖ вводится

- А. внутривенно
- Б. внутрикожно
- В. внутримышечно
- Г. подкожно

5. Вакцинацией БЦЖ формируется иммунитет

- А. неспецифический
- Б. естественный
- В. активный специфический
- Г. пассивный специфический

6. Иммунитет, формируемый путем закаливания

- А. пассивный специфический
- Б. активный специфический
- В. неспецифический
- Г. естественный

7. К группе риска возникновения туберкулеза относятся

- А. школьники старших классов
- Б. учащиеся ПТУ
- В. школьники младших классов
- Г. дети проживающие в дет. домах

8. Доза туберкулина при постановке пробы Манту у детей при массовом обследовании

- А. 1 ТЕ
- Б. 2 ТЕ
- В. 3 ТЕ
- Г. 5 ТЕ

9. Интервал между вакцинацией БЦЖ и любой другой профилактической прививкой составляет не менее

- А. двух недель
- Б. одного месяца
- В. полутора месяцев
- Г. двух месяцев

10. Заболевание, способствующее развитию туберкулеза у детей

- А. хронический бронхит
- Б. бронхиальная астма
- В. сахарный диабет
- Г. хронический холецистит

Вариант 4

Какова активность туберкулина при постановке пробы Манту у детей и подростков?

- А. 1 ТЕ
- Б. ТЕ
- В. 5 ТЕ
- Г. 10 ТЕ

2. С какого размера папулы пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л принято считать гиперергической у детей и подростков?

- А. с 12 мм
- Б. с 17 мм
- В. с 21 мм
- Г. с 25 мм

3. При каких показателях пробы Манту дети подлежат ревакцинации БЦЖ в 6-7 лет?

- А. 17 мм и выше
- Б. 12 мм и выше
- В. 5 мм и выше
- Г. "0" мм

4. Регулярность проведения туберкулинодиагностики у детей и подростков:

- А. 1 раз в 3 года
- Б. ежегодно
- В. 1 раз в 2 года
- Г. 1 раз в 5 лет

5. С какого возраста проводится туберкулинодиагностика?

- А. с 6 месяцев
- Б. с 2 месяцев
- В. с 2 лет
- Г. с 5 лет

6. До какого возраста проводится туберкулинодиагностика?

- А. до 7 лет
- Б. до 12 лет
- В. до 15 лет
- Г. до 18 лет

7. Какой метод введения вакцины БЦЖ является общепринятым в настоящее время при вакцинации и ревакцинации детей и подростков?

- А. пероральный
- Б. накожный
- В. внутрикожный
- Г. подкожный

8. Особенности противотуберкулезной вакцинации в родильном доме клинически здоровых недоношенных детей весом более 2-х кг:

- А. не прививают
- Б. прививают вакциной БЦЖ-1
- В. прививают вакциной БЦЖ-М
- Г. отсрочка вакцинации до достижения нормального веса

9. Нормальные сроки окончательного формирования поствакцинального рубчика на вакцину БЦЖ-1 у новорожденного:

- А. через неделю
- Б. через месяц
- В. через 3-4 месяца
- Г. через 6-8 месяцев

10. Сроки очередной ревакцинации БЦЖ у туберкулиноотрицательных детей после вакцинации в роддоме:

- А. через 3 года
- Б. через 5 лет
- В. через 7 лет
- Г. через 10 лет

Вариант 5

1. Прививочная доза вакцины БЦЖ?

- А. 0,05 мг
- Б. 0,1 мг
- В. 0,5 мг
- Г. 1 мг

2. Какая клиническая форма туберкулеза у детей и подростков относится к первичному туберкулезу?

- А. очаговый туберкулез легких
- Б. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- В. туберкулема
- Г. инфильтративный туберкулез легких

3. Какое наиболее частое осложнение может наблюдаться при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов у детей?

- А. легочное кровотечение
- Б. образование каверны
- В. ателектаз
- Г. обструктивный синдром

4. Возможное осложнение туберкулеза периферических лимфатических узлов:

- А. свищ
- Б. флегмона
- В. кровотечение
- Г. сепсис

5. Характерным осложнением первичного туберкулезного комплекса является:

- А. кровотечение
- Б. образование каверны
- В. туберкулез бронха
- Г. спонтанный пневмоторакс

6. Вакцина БЦЖ получена:

- А. Кохом
- Б. Кальметтом
- В. Берингом
- Г. Эрлихом

7. Особенности иммунитета при туберкулезе:

- А. абсолютный
- Б. нестерильный
- В. стерильный
- Г. врожденный
- Д. относительный

8. Цель постановки пробы Коха:

- А. определение инфицированности населения
- Б. выявление ("виража")
- В. выявление гиперергических реакций
- Г. диагностика и дифференциальная диагностика

9. Через какой срок ставится проба Манту не привитым в роддоме детям при их первичной вакцинации в поликлинике?

- А. 1 месяц
- Б. 2 месяца
- В. 4 месяца
- Г. 6 месяцев

10. Клиническая форма туберкулеза, развивающаяся у ребенка в ответ на первичное внедрение микобактерий

- А. диссеминированный туберкулез легких
- Б. очаговый туберкулез легких
- В. первичный туберкулезный комплекс
- Г. туберкулезная интоксикация

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

9-8 правильных ответов - хорошо

7-6 правильных ответов - удовлетворительно

5 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

ЗАДАНИЕ 1

Решение ситуационных задач по теме: Сестринская помощь у детей и подростков с туберкулезом. Диагностика.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача 1

Во время ежегодного массового обследования на туберкулез у ребенка А. 3-х лет была выявлена положительная проба Манту (папула 12 мм). Вакцинация БЦЖ была проведена в роддоме на 3-й день жизни. Результаты предыдущих проб Манту: 1 год – 7 мм, 2 года – 5 мм. Контакта с больными туберкулезом не выявлено. Мать жалоб не предъявляет. Физическое и психомоторное развитие ребенка соответствует возрасту.

Участковый педиатр назначил обследование:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

рентгенография органов грудной клетки;

ежедневная термометрия (утро, вечер) в течение 10 дней.

Задания:

Определите потенциальную проблему ребенка.

Выявите приоритетную проблему ребенка, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Обучите мать ребенка правилам проведения термометрии и регистрации ее результатов.

Выпишите направление на рентгенографию органов грудной клетки.

Задача 2

Мальчик Б. 4-х лет проходит курс противотуберкулезного лечения в условиях стационара. Через несколько дней планируется выписка ребенка на долечивание в амбулаторных условиях. Мать обратилась к участковой медицинской сестре за советом о правильном питании ребенка, т.к. ребенок в последнее время стал отказываться от еды.

Задания:

Определите потребности, удовлетворение которых у ребенка нарушено.

Выявите приоритетную проблему матери, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Составьте памятку о лечебном питании ребенка при туберкулезе.

Выпишите направления на общий анализ крови, общий анализ мочи в условиях стационара в рамках подготовки ребенка к выписке

Задача 3

При профосмотре у подростка В. 14-ти лет впервые обнаружен первичный туберкулезный комплекс. Ребенок жалуется на быструю утомляемость при обычной физической нагрузке, потливость, слабость, недомогание, повышенную температуру тела (37,2–37,5 °С) в течение двух месяцев, умеренную одышку, сухой кашель.

При объективном обследовании: мальчик бледный, пальпируются увеличенные периферические лимфоузлы размером от 2 мм до 10 мм, больше выраженные в подмышечной впадине справа.

Рентгенограмма органов грудной клетки: справа первичный легочный очаг, увеличение лимфоузлов корня легкого, "дорожка" (лимфангоит) между ними.

Общий анализ крови: Нб – 95 г/л, эритроциты – $4,0 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $11 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 38 мм/ч.

Семья состоит из 4-х человек: кроме подростка – мать, отец и сестра 7 лет. У сестры в предыдущие годы реакция Манту отрицательная.

Родители беспокоятся по поводу состояния здоровья сына.

Задания:

Определите тактику участковой медицинской сестры педиатрического участка.

Определите проблемы семьи.

Определите потребности, удовлетворение которых у подростка нарушено.

Выявите приоритетную проблему подростка, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Оцените результат общего анализа крови.

Обучите пациента и его родственников правилам инфекционной безопасности.

Задача 4

В подготовительной группе детского сада перед ревакцинацией БЦЖ поставлена проба Манту 23 детям.

У 3-х детей она впервые оказалась положительной. Еще двое детей имели положительную реакцию Манту в возрасте 4-х лет.

Задания:

Определите, сколько детей подлежит ревакцинации БЦЖ, и объясните почему.

Каким термином обозначается впервые выявленная положительная реакция Манту?

Определите тактику медицинской сестры в отношении детей, у которых реакция Манту впервые выявлена положительной.

Выявите приоритетную проблему у этих детей, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства.

Задача 5

В стационаре находится девочка Г. 3-х лет, страдающая диссеминированным туберкулезом легких. Из анамнеза известно, что отец ребенка страдает фиброзно-кавернозной формой туберкулеза.

При объективном сестринском обследовании: состояние ребенка тяжелое, температура тела 39,3°С, нарушены сон, аппетит, отмечаются проливные поты, выражена ригидность затылочных мышц, одышка, мучительный приступообразный кашель. Дыхание поверхностное. Периферические лимфоузлы увеличены. При аускультации в легких определяется большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, особенно в межлопаточном пространстве.

Рентгенограмма органов грудной клетки – множественные мелкие очаги, расположенные симметрично, преимущественно в верхних и средних отделах легкого.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/\text{л}$, моноциты – 18%, лимфоциты – 21%, эозинофилы – 9%, СОЭ – 39 мм/ч.

В промывных водах желудка обнаружены микобактерии туберкулеза.

Задания:

Определите потребности, удовлетворение которых у ребенка нарушено, определите проблемы ребенка с их обоснованием.

Определите приоритетную проблему, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Оцените результат общего анализа крови.

Задача 6

На приеме в поликлинике ребенок Д. 10-ти лет с жалобами на потливость, слабость, повышенную утомляемость, беспричинные перепады настроения, снижение аппетита, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, затрудненное дыхание, приступообразный кашель.

При объективном сестринском обследовании: температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$, кашель битональный, расширена венозная сеть на передней поверхности грудной клетки, выражено бронхиальное дыхание, одышка до 30 в 1 мин.

Рентгенограмма органов грудной клетки: увеличение размеров корней легких, инфильтрация в прикорневой зоне легочной ткани.

Общий анализ крови: моноциты – 15%, лимфоциты – 21%, СОЭ – 28 мм/ч.

Был установлен диагноз туберкулезного бронхоаденита. Мальчик госпитализирован.

Задания:

Оцените состояние ребенка.

Определите потребности, удовлетворение которых у ребенка нарушено.

Определите проблемы пациента.

Выявите приоритетную проблему, сформулируйте цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Обучите родственников ребенка правилам ухода за кожными покровами при повышенной потливости.

Обучите ребенка подготовке к сдаче крови на общий анализ.

Задача 7

Девочке 1 год 9 месяцев. Анамнез жизни: ребенок от IV беременности, четвертых преждевременных родов. Беременность у матери протекала с токсоплазмозом первой половины, во второй половине – нефропатией. Девочка родилась на 33-й неделе. Масса тела при рождении 1500 г, оценка по Апгар – 3/5 баллов. В периоде новорожденности находилась в отделении недоношенных. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение невропатолога по месту жительства.

Вакциной БЦЖ не вакцинирована. Перенесла ОРВИ в 10 и 11 месяцев.

Перед вакцинацией БЦЖ поставлена реакция Манту с 2ТЕ ППД-Л – 8 мм.

Задания:

Оцените пробу Манту.

Дальнейшие действия медицинской сестры.

Выделить факторы способствующие развитию туберкулеза.

Какие методы исследования нужно применить для уточнения диагноза?

Задача 8

Пациент А. 1 год. Вакцинирован БЦЖ в роддоме, на левом плече имеется рубчик размером 5 мм. Из анамнеза: страдает атопическим дерматитом. Проба Манту с 2 ТЕ ППД – Л на правом предплечье – 16 мм папула.

Оцените результат ежегодной туберкулинодиагностики.

Выделить факторы способствующие развитию туберкулеза.

Тактика медицинской сестры.

Задача 9

Мальчик, 5 лет, направлен в детское отделение противотуберкулезного диспансера из детского сада по результатам очередной туберкулинодиагностики. Вакцинирован на 4-е сутки жизни в родильном доме БЦЖ-М. Сформировался поверхностный рубец 3 мм. Динамика результатов проб Манту: 1 год – папула 4 мм, 2 года – папула 4 мм, 3 года – гиперемия 5мм, 4 года – уколочная реакция 1мм. На момент направления (5 лет) – папула

13 мм. Жалоб не предъявляет. В объективном статусе: общее состояние удовлетворительное, кожа чистая, обычной окраски. Катаральных явлений верхних дыхательных путей нет. Размеры периферических лимфоузлов: единичные заднешейные, переднешейные – до 0, 5–0,7 см в диаметре, тонзиллярные – 1 см, заушный слева – 0,5 см, эластической консистенции, безболезненные при пальпации, не спаяны с окружающей клетчаткой. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Мать отмечает, что за последние 10–12 месяцев ребенок стал чаще болеть простудными заболеваниями, перенес лакунарную ангину, острый гнойный отит слева. В течение полугода состоит на «Д» учете у ЛОР - врача с диагнозом «хронический аденоидит». Флюорографическое обследование родителей – полгода назад, без патологии. Мальчик дополнительно обследован: ОАК, ОАМ, кал на гельминтов, диаскинтест, рентгеномографическое обследование. В результате – диаскинтест папула 6 мм, в общеклинических анализах патологии не выявлено, на рентгенограмме легочные поля без очагово-инфильтративных изменений, корни структурны, срединная тень расположена обычно, синусы свободны. Томограмма через середину средостения – проходимость трахеи и главных бронхов сохранена, признаков увеличенных лимфоузлов и кальцинатов нет.

Задание:

1. Дайте характеристику туберкулиновой чувствительности.

2. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, и по какой группе?

3. Требуется ли проведение противотуберкулезного лечения?

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

ЗАДАНИЕ 2

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме: Сестринская помощь у детей и подростков с туберкулезом. Диагностика.

Техника проведения диаскинтеста.

Цель: проведение диаскинтеста взрослым и детям.

Показания:

- раннее определение туберкулеза;
- определение лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом;
- определение инфицированности населения туберкулезом.

Противопоказания:

- обострения хронических заболеваний ;
- острые инфекционные процессы, например, острые вирусные инфекции, пневмония;
- острые аллергические реакции или состояния;
- эпилепсия.

Оснащение:

- ампула с туберкулином;
- перчатки;
- стерильные ватные шарики;
- шприцы;
- 70% этиловый спирт;
- иглы инъекционные для набора туберкулина из флакона;
- флакон с нашатырным спиртом;
- линейка длиной 100мм.

Алгоритм действий при проведении диаскинтеста.

Медицинская сестра:

Объясняет пациенту цель и ход процедуры;

Получает его согласие на проведение процедуры;

Моем руки;

Надевает перчатки;

Проверяет целостность ампулы и срок годности туберкулина;

Обрабатывает шейку ампулы спиртом, вскрывает ампулу;

Набирает 0,2мл диаскинтеста в шприц;

Надевает иглу, удаляет 0,1мл туберкулина с излишками воздуха, проверяет проходимость иглы;

Обрабатывает ватным шариком, смоченным спиртом, среднюю треть внутренней поверхности предплечья, затем вторым шариком, смоченным спиртом, обрабатывают место инъекции;

Внутрикожно под углом 5* иглу срезом вверх почти параллельно коже, так, чтобы срез иглы скрылся в толще эпидермиса, надавливает на поршень и вводит 0,1мл туберкулина. На месте введения должна образоваться папула белесоватого цвета;

Извлекает иглу, не прижимая место инъекции ватным шариком, смоченным спиртом;

Шприц замачивает в дез. средстве;

Снимает перчатки, замачивает их в дез. средстве;

Моем и высушивает руки;

Записывает в прививочный лист: номер, серию туберкулина и дату проведения пробы Манту;

Проводит беседу с пациентом и его родителями. Место инъекции нельзя тереть, расчесывать, мочить, ничем не смазывать, грубую одежду не носить.

Оценивает результат пробы Манту через 72 часа, измеряя размер папулы в миллиметрах линейкой поперек предплечья;

Заносит результат измерения в прививочный лист.

Внимание место прививки нельзя смазывать йодом и накладывать повязку!

Оценка результатов диаскинтеста через 72 ч.

При наличии папулы любого диаметра - реакция считается положительной

До 5мм слабовыраженная реакция;

От 5 до 9 мм умерено выраженная реакция;

От 10-14 мм выраженная реакция;

Более 15мм гиперергическая реакция;

ЗАДАНИЕ 3

Для выполнения последующей диагностики и профилактики туберкулеза у пациентов заполнить следующие таблицы.

Таблица 1

Сравнительная характеристика различных форм туберкулеза у детей и взрослых

	Наиболее частые формы туберкулеза у детей	Наиболее частые формы туберкулеза у взрослых
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Таблица 2

Клинические симптомы туберкулезной интоксикации у детей и подростков

	Симптомы	Характеристика симптома
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Таблица 3
Туберкулиновая диагностика у детей

	Характеристика теста
Проба Манту	
Диаскинтест	

Таблица 4
График прививок БЦЖ

	Время проведения БЦЖ	Дозировка БЦЖ, место инъекции
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Критерии оценки заполнения таблиц:

5 (отлично) – таблица заполнена правильно, указаны все возможные варианты ответов;

4 (хорошо) – таблица заполнена правильно, но упущены отдельные варианты ответов;

3 (удовлетворительно) – таблица заполнена не полностью, отсутствуют основные варианты ответов;

2 (неудовлетворительно) – таблица заполнена не правильно или вообще не заполнена.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для устного опроса

1. Методы раннего выявления туберкулеза у детей
2. Методы раннего выявления туберкулеза у подростков.
3. Задачи, стоящие перед туберкулинодиагностикой.
4. Противопоказания для постановки реакции Манту с 2 ТЕ и диаскинтеста.
5. Сроки постановки реакции Манту с 2 ТЕ, диаскинтеста после перенесенной болезни ребенка и выполнения других прививок.
6. Перечислите варианты результатов реакции Манту с 2 ТЕ, диаскинтеста по размерам папулы.
7. Перечислите основные признаки поствакциной аллергии по данным реакции Манту.
8. Перечислите основные признаки инфекционной аллергии по данным реакции Манту.
9. Тактика медицинской сестры в случае выявления у ребенка выража туберкулиновых проб.
10. Группа повышенного риска у детей и подростков.
11. Частота постановки туберкулиновых проб Манту детям из группы повышенного риска.
12. Методы выявления туберкулеза применимые у детей в группе повышенного риска.
13. Дети, нуждающиеся в консультации фтизиатра.
14. Перечислите сведения, которые необходимо отразить при направлении ребенка на консультацию к фтизиатру.
15. Флюорографическое исследование у детей.
16. Вакцина БЦЖ – график, дозировка, показания и противопоказания.

Тема 3. Сестринский уход в неврологии. Методы обследования больных.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Симптомы нервных болезней. Методы обследования больных.

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Сестринский уход в неврологии. Методы обследования больных.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход в неврологии. Методы обследования больных» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Спинальная жидкость находится в:

- а) центральном канале спинного мозга
- б) субарахноидальном пространстве
- в) эпидуральном пространстве
- г) субдуральном пространстве

2. Физиологическое значение цереброспинальной жидкости (ликвора):

- а) снабжает нервную ткань питательными веществами
- б) обеспечивает механическую защиту мозга
- в) препятствует проникновению микроорганизмов
- г) уменьшает потребность мозга в кислороде

3. Абсолютными показаниями к проведению люмбальной пункции и лабораторному анализу ликвора являются:

- а) диагностика системной красной волчанки, мышечная гипотония
- б) демиелинизирующие процессы, угнетение сухожильных рефлексов
- в) подозрение на внутримозговую гематому, гиперкинезы
- г) подозрение на нейроинфекцию и субарахноидальное кровоизлияние

4. Основной метод диагностики опухоли головного мозга:

- а) электроэнцефалография
- б) эхоэнцефалоскопия
- в) магнитно-резонансная томография головы
- г) рентгенография черепа

5. К признакам поражения периферического двигательного нейрона относятся:

- а) мышечная гипотония
- б) угнетение сухожильных рефлексов
- в) патологические рефлексы
- г) гиперкинезы
- д) нистагм

6. Косоглазие наблюдается при поражении нерва:

- а) тройничного
- б) глазодвигательного
- в) лицевого
- г) отводящего
- д) блуждающего

7. Гематоэнцефалический барьер является препятствием:

- а) в проникновении многих лекарственных препаратов
- б) для проникновения микроорганизмов
- в) для проникновения глюкозы и аминокислот
- г) для проникновения кислорода
- д) для проникновения тепла извне

8. Спинальный мозг лежит в поясничном канале и у взрослых оканчивается коническим заострением, на уровне:

- а) V поясничного позвонка
- б) II поясничного позвонка
- в) XII грудного позвонка
- г) VII поясничного позвонка

9. Афазия – это:

- а) нарушение процесса распознавания и понимания
- б) игнорирование половины пространства
- в) расстройство грамматической и лексической структуры речи или нарушение её понимания
- г) нарушение памяти

10. Гемипарез – это:

- а) выпадение полей зрения
- б) игнорирование половины пространства
- в) расстройство грамматической и лексической структуры речи или нарушение её понимания
- г) нарушение двигательной активности одной из половины тела

11. Понятие кома включает в себя:

- а) отсутствие реакции на внешние раздражители
- б) координированный двигательный ответ на болевые раздражители
- в) реакцию на звуковые раздражители
- г) ригидность затылочных мышц

12. Понятие сопора включает в себя:

- а) полную неразбудимость больного
- б) координированный двигательный ответ на болевые раздражители
- в) реакцию на звуковые раздражители
- г) отсутствие реакции на звуковые раздражители

13. Количество белка в рационе у пациента с риском развития пролежней должно быть не менее (грамм/сутки):

- а) 70
- б) 90
- в) 120
- г) 140

14. Смешанные нервы имеют в своем составе волокна:

- а) чувствительные
- б) двигательные
- в) вегетативные
- г) аналитические

15. Состояние помраченного сознания с ложной ориентировкой в месте и времени:

- а) амнезия
- б) галлюцинация
- в) делирий
- г) кома

Вариант 2

1. Синкопальное состояние – это:

- а) внезапная потеря сознания
- б) пароксизмальное нарушение ритма
- в) потеря памяти
- г) падение АД

2. Симптом «очков» характерен для:

- а) гипертонического инсульта
- б) геморрагического инсульта
- в) перелома основания черепа
- г) субарахноидального кровоизлияния

3. Мимические мышцы лица иннервируются:

- а) тройничным нервом
- б) лицевым нервом
- в) блуждающим нервом
- г) языкоглоточным нервом

4. Факторы риска развития пролежней:

- а) влажные кожные покровы
- б) мужской пол
- в) отсутствие сознания у пациента
- г) сахарный диабет
- д) женский пол
- е) сухость кожных покровов

5. Вещества, применяемые для послабляющей клизмы:

- а) вазелиновое масло
- б) облепиховое масло
- в) 10% раствор натрия хлорида (NaCl)
- г) 20–30% раствор магния сульфата (MgSO₄)
- д) 0,9% раствор хлорида натрия е) персиковое масло

6. Для поражения мозжечка характерны:

- а) атаксия
- б) гипомимия
- в) насильственный плач
- г) мышечная гипотония
- д) трофические нарушения в мягких тканях

7. Для поражения подкорковых ядер характерны:

- а) атаксия
- б) кукольная походка
- в) гипомимия
- г) олигобрадикинезия
- д) анизокирия
- е) гемианопсия

8. При поражении левой лобной доли наблюдается:

- а) моторная афазия
- б) сенсорная афазия
- в) амнестическая афазия
- г) все виды афазии

9. Возможные осложнения внутримышечной инъекций:

- а) флегмона, гематома
- б) некроз, флебит
- в) паралич седалищного нерва, абсцесс
- г) воздушная эмболия

10. Гемиплегия – это: а) полное отсутствие движения в одной верхней конечности

- б) частичное отсутствие движения в нижних конечностях
- в) полное отсутствие движения в одной половине тела
- г) частичное отсутствие движения в одной половине тела

11. Энцефалит – это:

- а) воспалительное заболевание твердой мозговой оболочки
- б) воспалительное заболевание сосудистой мозговой оболочки
- в) воспалительное заболевание вещества головного мозга
- г) заболевание вещества головного мозга невоспалительной природы

12. Афазия – это:

- а) нарушение тактильной чувствительности
- б) полная потеря памяти
- в) потеря речи
- г) бессонница

13. Деменция – это:

- а) легкая степень умственной отсталости
- б) тоскливое, «угнетенное» настроение
- в) слабоумие, приобретенное в результате патологии центральной нервной системы
- г) врожденное слабоумие при ДЦП

14. При анизокории выявляется одностороннее:

- а) расширение или сужение зрачка;
- б) снижение или повышение реакции зрачка на свет;
- в) снижение корнеального рефлекса;
- г) опущение века.

15. К общемозговым симптомам не относится:

- а) головная боль;
- б) рвота;
- в) головокружение;
- г) анизокория

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Симптомы нервных болезней..

Задача 1

Пациентка неврологического отделения предъявляет жалобы на повышенную слабость, головокружение, шаткость при ходьбе.

Говорит: «Хожу, как пьяная, шатает из стороны в сторону. Иногда прошу, чтобы меня провожали до туалета, боюсь упаду. Ночью плохо сплю, как правило, быстро засыпаю, но через 3 – 4 часа просыпаюсь и так лежу до утра, думаю о своем состоянии».

Пациентка устала от постоянного напряжения, ночного недосыпания, переживаний.

Задание:

Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.

Сформулируйте проблемы пациентки.

Составьте план ухода за пациентом.

Возможный вариант ответа**Нарушены потребности:**

в физической безопасности;

в сне и отдыхе.

Проблемы пациента:

Риск травматизации на фоне неврологической симптоматики (головокружение, слабость, шаткость при ходьбе).

Состояние напряжения в результате непродуктивного сна, провоцируемое заболеванием.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ожидаемые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кратность оценки	Оценочные критерии	Итоговая оценка
Риск травматизации на фоне неврологической симптоматики (головокружение, слабость, шаткость при ходьбе).	Пациентка знает о мерах безопасности и придерживается их на протяжении всего угрожающего периода.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассказать пациентке о соблюдении правил перемещения (исключить резкие движения и т.д.) с явлениями головокружения. 2. Попросить пациентку прибегать к помощи сотрудников при появлении сильной слабости. 3. Контролировать деятельность и перемещение пациентки. 4. Вводить по назначению врача препараты, стабилизирующие состояние пациентки. 	Ежедневно	Принимает помощь сотрудников. Выполняет действия с соблюдением предосторожности.	Цели достигли
Состояние напряжения в результате непродуктивного сна, провоцируемое заболеванием.	Состояние отдыха на фоне полноценного сна после вмешательства сестры.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предложить снотворное средство на ночь по назначению врача. 2. Создать комфортные условия в палате (отсутствие шума, свежий воздух, мягкая и теплая постель). 3. Рекомендовать общение с соседями по палате, родными, медработниками для получения положительных эмоций. 4. Исключить из рациона продукты, вызывающие возбуждение (чай, кофе, шоколад и т.д.) 	Ежедневно	Сон 6—8 часов без пробуждения	Цели достигли

Задача 2.

Медицинская сестра проводит наблюдение за Никулиной Светланой Анатольевной. Два часа назад у нее отмечалась температура 40,3°. Состояние пациентки тяжелое.

Принятое жаропонижающее средство хорошо снижает температуру. На данный момент сестра обратила внимание на появление обильного пота, которым пропиталось все нательное и постельное белье. Пациентка очень слаба, на вопросы отвечает с трудом.

При обследовании: пульс учащенный, слабого наполнения, АД 90/50 мм. рт.ст., температура тела 37,1°.

Задание:

Укажите, какие потребности нарушены у пациентки.

Сформулируйте проблемы пациентки.
Составьте план ухода за пациенткой.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

в поддержании температуры тела;
в инфекционной безопасности;
комфортного состояния.

Проблемы пациента:

— Угроза развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.

Индивидуальный план ухода

ы а	Проблем пациент	Цель/ ожидае мые результаты	Сестрински е вмешательства	Оценка эффективности ухода		
				Кратно сть оценки	Оцено чные критерии	Итоговая оценка
	Угроза развития сосудистой недостаточности на фоне критического снижения температуры тела.	Стабильное состояние, не угрожающее жизни пациентки на фоне терапевтических мероприятий.	1. Осуществлять постоянный контроль за показателями сердечнососудистой и дыхательной системы. 2. Проводить гигиенические мероприятия в постели (смена белья, обтирание). 3. Вводить по назначению врача средства, повышающие тонус сосудистой стенки. 4. Контролировать водно-солевой обмен (пить, вводить кровезаменители внутривенно капельно).	Постоянное наблюдение.	Температура тела 36,6—37,0°. АД 110/70-120/80 мм рт.ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.	Цель достигли.

Задача 3

Участковая сестра при посещении Иванова Николая Анатольевича обратила внимание на багровое пятно у него в области крестца и седалищных бугров.

Вот уже несколько лет Николай Анатольевич прикован к инвалидной коляске, так как перенес перелом позвоночника. Удовлетворять свои потребности в самоуходе он не в состоянии. Ему требуется постоянный уход, который и осуществляет его дочь.

В течение последней недели из-за отсутствия дочери за Николаем Анатольевичем присматривает его сестра. Она говорит, что стремится создать для больного спокойную, тихую обстановку. С удовольствием отмечает, что Николай Анатольевич часами дремлет в своей коляске или спит в кровати, плохо только то, что он очень тучный, грузный, и ей трудно поворачивать в постели или пересаживать его в кресло-каталку. Она не предполагает, что это за пятна появились на теле у Николая Анатольевича.

Задание:

Укажите, какие потребности нарушены у пациента.
Сформулируйте проблемы пациента, родственников.
Составьте план ухода за больным.

Возможный вариант ответа

Нарушены потребности:

в безопасности;
в движении;
комфортного состояния.

Проблемы пациента:

— Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.

Индивидуальный план ухода

Проблемы пациента	Цель/ ожидае мые результаты	Сестринские вмешательства	Оценка эффективности ухода		
			Кр атность оценки	Оцено чные критерии	Итогова я оценка

<p>Пролежни в результате отсутствия знаний и навыков по уходу за парализованными больными у сестры пациента.</p>	<p>Первые признаки пролежней отсутствуют к концу 3-х суток.</p>	<p>1. Провести занятия с сестрой пациента: ■ выяснить уровень знаний, готовность к обучению; ■ рассказать о причинах, послуживших образованию пролежней, об особенностях перемещения пациента в постели или кресле. Обратить внимание на отрицательное воздействие смещающей силы; ■ познакомить со средствами профилактики и лечения пролежней; ■ осуществить показ и научить методике обработки пролежней; ■ оценить качество достигнутых результатов. 2. Обработать пролежни. 3. Создать комфортные условия пациенту в постели, кресле</p>	<p>Каждые 2 часа.</p>	<p>Сестра знакома с биомеханикой тела. Активизирует больного. Обращивает пораженные участки.</p>	<p>Цель достигли.</p>
--	---	--	-----------------------	---	-----------------------

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 1

Отработка алгоритма обследования пациента с заболеванием нервной системы.

По каким основным направлениям должен идти сбор информации о пациенте, перечислите:

Какие бывают проблемы пациента, приведите примеры:

Проблема пациента	Пример
1.	
2.	
3.	

Задание № 2

Оценка сознания больного по шкале Глазго с корреляцией исходов

Наивысшие оценки, в течение первых 24 ч после церебрального повреждения	Хорошее восстановление или незначительный психоневрологический дефицит	Вегетативное состояние или смерть
3-4		
5-7		
8-10		
11-15		

Задание № 3. Перечислите дополнительные методы обследования пациентов при заболеваниях нервной системы

.....

Задание № 4. Дайте характеристику методам обследования, отметьте особенности подготовки пациентов к исследованиям: лабораторные

.....

.....
.....
Электронейромиография -

.....
.....
Рентгенологическое исследование
.....
.....
.....

Задание № 5.

Перечислите основные симптомы и синдромы, встречающиеся при заболеваниях нервной системы

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
7. _____
8. _____

Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

Основные синдромы в неврологии
Методы исследования в неврологии
Обследовании пациента с неврологическим заболеванием
Шкала Глазго
Двигательные расстройства
Чувствительные расстройства
Расстройства высших функций головного мозга
Вегетативные расстройства

Тема 4: Сестринский уход при cerebrovasкулярных заболеваниях

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: **Сестринский уход при cerebrovasкулярных заболеваниях**

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме:

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход при cerebrovasкулярных заболеваниях» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. При подъеме АД мозговые сосуды:

- А. суживаются
- Б. не меняют диаметр просвета
- В. расширяются

2. При снижении содержания кислорода в артериальной крови мозговые сосуды:

- А. суживаются
- Б. расширяются
- В. не меняют диаметр просвета

3. При снижении содержания углекислого газа в крови мозговые сосуды:

- А. суживаются
- Б. не меняют диаметр просвета
- В. расширяются

4. Начало при геморрагическом инсульте по типу гематомы:

- А. внезапное
- Б. нарастание симптомов в течение часов
- В. мерцание симптомов

5. Кровоизлияние в мозг развивается, как правило:

- А. ночью во время сна
- Б. утром после сна
- В. днем в период активной деятельности

6. Головная боль при кровоизлиянии в мозг:

- А. не характерна
- Б. внезапная острая

В. умеренная

7. Кожные покровы больного с кровоизлиянием в мозг чаще:

А. бледные

Б. обычной окраски

В. гиперемированы

8. Ликвор при геморрагическом инсульте:

А. кровянистый

Б. опалесцирующий

В. бесцветный

9. В анализе крови при геморрагическом инсульте:

А. норма

Б. лейкопения

В. лейкоцитоз

9. Наиболее частая картина глазного дна при ишемическом инсульте:

А. норма

Б. кровоизлияния в сетчатку

В. ангиосклероз сетчатки

Г. застойный диск зрительного нерва

10. Сознание при ишемическом инсульте чаще:

А. кома

Б. сопор

В. не нарушено

ВЫБРАТЬ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

11. Виллизиев круг включает артерии:

А. передние мозговые

Б. переднюю соединительную

В. глазные

Г. средние мозговые

Д. задние мозговые

Е. задние соединительные

Ж. верхние мозжечковые

Ответ: 1, 2, 4, 5, 6.

12. Этиологические факторы ишемического инсульта:

А. гипертоническая болезнь

Б. атеросклероз

В. нарушения сердечного ритма

Г. системные васкулиты

Д. болезни крови

13. Этиологические факторы кровоизлияния в мозг:

А. гипертоническая болезнь

Б. артерио-венозные мальформации

В. стеноз интракраниальных сосудов

Г. системные васкулиты

Д. болезни крови

Е. эмболии при ИБС

Ж. вторичная почечная гипертензия

14. К геморрагическим инсультам относятся:

А. тромботические инсульты

Б. паренхиматозные кровоизлияния

В. подбололочные кровоизлияния

Г. вентрикулярные кровоизлияния

Д. эмболические инсульты

Е. сочетанные формы кровоизлияний

15. Кровоизлияние в мозг развивается в результате:

А. разрыва сосуда

Б. тромбоза

В. диапедеза

ДОПОЛНИТЬ:

16. Ишемические инсульты классифицируются на:

1. тромботический

2. _____

3. _____

Ответ: нетромботический, эмболический.

17. Диагноз транзиторной ишемической атаки ставится, если все очаговые симптомы регрессируют в течение _____.

Ответ: 24 часов.

18. В клинике ишемического инсульта _____ симптомы преобладают над _____ симптомами.

Ответ: очаговые над общемозговыми.

19. Острые нарушения мозгового кровообращения классифицируются:

1. _____

2. малый инсульт

3. лакунарный инсульт

4. _____

5. _____

Ответ: транзиторная ишемическая атака

ишемический инсульт

геморрагический инсульт

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ;**Заболевание: Симптомы:**

Заболевание	Симптомы
1. субарахноидальное кровоизлияние	
2. ишемический тромботический инсульт	А. постепенное начало
	Б. внезапное начало
	В. менингеальные симптомы
	Г. гемипарез
	Д. гемианестезия
	Е. повышение температуры тела
	Ж. кровянистый или ксантохромный ликвор

Ответ: 1- Б, В, Е, Ж. 2- А, Г, Д, З

20 Заболевание: Симптомы:

Заболевание	Симптомы
1. ишемический инсульт	А. гипертензионный синдром
2. опухоль головного мозга	Б. острое начало
	В. гиперденсная зона на КТ
	Г. гиподенсная зона на КТ
	Д. увеличение количества белка в ликворе

Ответ: 1- Б, Г. 2- А, В, Д.

21 Заболевание: Симптомы:

Заболевание	Симптомы
1. геморрагический инсульт	А. постепенное начало
2. ишемический тромботический инсульт	Б. мерцание симптомов
	В. острое начало
	Г. менингеальные симптомы
	Д. гемиплегия
	Е. кровянистый ликвор

Ответ: 1- В, Г, Д, Е. 2- А, Б, Д.

2. Обучающий этап.**Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика.**

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1**Условия задачи:**

Больной М., 53 года, поступил с жалобами на отсутствие движения в правых конечностях, состояние развилось остро, на фоне подъёма АД. 5 лет назад перенес ОНМК, тогда же был впервые выставлен диагноз : Гипертоническая болезнь, подобрана терапия, после инсульта восстановился хорошо, продолжал работать по специальности, на фоне лечения АД нормализовалось, больной самостоятельно решил прекратить прием препаратов после чего, через 4 дня, возникли в/у жалобы. Объективно: состояние средней степени тяжести, в сознании, при росте- 175 см. весит- 102 кг, А/Д 160/ 95 мм.рт.ст., в неврологическом статусе- правосторонний гемипарез.

Задания:

Определите факторы риска развития инсульта у данного пациента

Разработайте мероприятия сестринского ухода за данным пациентом.

Задача № 2**Условия задачи:**

Больная В., 58 лет поступила в неврологическое отделение в плановом порядке, с жалобами на слабость, нарушение чувствительности и движения в конечностях, нарушение зрения (видит только очертания крупных предметов) .9 лет назад больная поступала в отделение в крайне тяжелом состоянии с явлениями тетрапареза, слепоты, облысения, как позже выяснилось это состояние вызвано отравлением талием, что было подтверждено лабораторно. Больная - инвалид I группы, передвигается с помощью ходунков.

Задание:

Как в считаете, какие отделы нервной системы повреждены у этой больной.
Разработайте мероприятия сестринского ухода за данным пациентом.

Задача 3

Медсестра медпункта на садоводческих участках вызвана к женщине 45 лет, которой она ранее периодически делала инъекции спазмолитиков по поводу гипертонической болезни. На этот раз пациентка жалуется на резкую головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, дрожь во всем теле, сердцебиение, мелькание «мушек» перед глазами, обильное мочевыделение. Плохо себя почувствовала около часа назад. Объективно: пульс 90 ударов в минуту, напряжен. Артериальное давление 190/120 мм.рт.ст. Лицо гиперемировано.

Задание:

Перечислите основные проблемы пациентки
Определите цели сестринского процесса
Определите свои действия и порядок их выполнения соответственно намеченным целям (вмешательства в порядке приоритетности)

Задача 4

Пациент 44 лет, 6 месяцев назад перенес нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии. Лечился в стационаре в настоящее «время наблюдается парез левой руки со сгибательными контрактурами. Больной нерегулярно занимается ЛФК, не делает самомассаж. Эмоционально лабилен, с явлениями слабодушия, потерял веру в восстановление движений в руке, не видит чем бы мог заниматься в будущем. В семье жена и 2 дочери. Заняты своими делами и пациент чувствует себя лишним. В прошлом занимал высокие посты и административные должности. Был занят работой. Никаких "хобби" не имеет.

Задание:

**Сформулировать духовно-социальные проблемы пациента.
Определить цели сестринского процесса и пути их решения.**

Задача 5

Больной 51 года, работает грузчиком в магазине, часто употребляет алкоголь. Проживает один (дочь и жена живут по-другому адресу). После поднятия груза «побледел, зашатался и упал» (со слов сослуживцев). Врач «Скорой помощи» зафиксировал высокие цифры АД 180/100 мм рт.ст. Доставлен в приемный покой, где осмотрен невропатологом. Поставлен диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения. Правосторонняя гемиплегия. Больной госпитализирован в клинику нервных болезней. При поступлении: больной в сознании, несколько возбужден. В правых конечностях движения отсутствуют.левой рукой держится за голову. Пытается рассказать о своих проблемах, но речь невнятная. АД 180/90 мм рт.ст.

Задание:

**Выявить проблемы пациента.
Определить цели сестринского процесса.**

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (*отлично*) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
- 4 (*хорошо*) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
- 3 (*удовлетворительно*) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
- 2 (*неудовлетворительно*) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

Задание 3

**Фармакологический диктант.
Распределить препараты по группам:**

- Семакс
- Дексаметазон
- Маннитол
- Лазикс
- Дицинон
- Пирацетам
- Викасол
- Гидрокортизон
- Церебролизин
- Аминокапроновая к-та
- Фуросемид
- Преднизолон

Эталон ответов.

ноотропы	диуретики	глюкокортикоиды	гемостатики
Семакс	Маннитол	Дексаметазон	Дицинон
Пирацетам	Лазикс	Гидрокортизон	Викасол
Церебролизин	Фуросемид	Преднизолон	Аминокапроновая к-та

Задание 4

Выписать рецепты на следующие препараты:

- Р-ор Фуросемида 1% - 2 мл № 10
- Р-ор Преднизалона 30 мг в 1 мл № 5
- Р-ор Викасола 1% 1мл № 10
- Ноотропил в капсул. № 60
- Р-ор Пирацетама 20% 5 мл № 10

Эталоны ответов:

Rp: Sol. Furosemidi 1% - 2 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. в/м, в/в

Rp: Sol. Prednisoloni 30 mg in 1ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. в/в.

Rp: Sol. Vikasoli 1% - 1ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. в/м.

Rp: Nootropyli 0,4

D.t.d. N 60 in caps.

S. *внутрь по 1 капсуле 2-3 раза в день.*

Rp: Sol. Pyracetami 20% - 5 ml

D.t.d. N 10 in amp/

S. *в/в, в/м.*

3. Самостоятельная работа студентов на занятии**Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия****Подготовка инструментария для люмбальной пункции.**

Цель: диагностическая и лечебная

Показания:

Взятие спинномозговой жидкости для исследования (кровь, белок, цитоз);

Взятие спинномозговой жидкости для уменьшения внутричерепного давления;

Введение лекарственных средств и анестезирующих растворов;

Введение воздуха в субарахноидальное пространство при пневмоэнцефалографии.

Противопоказания:

Инфекционные процессы в месте пункции

Составление набора инструментов для люмбальной пункции:**Стерильно:**

2 — 3 иглы для люмбальной пункции с мандренами;

Пинцет или зажим;

2 стерильные пробирки

Марлевые шарики, салфетки;

Стерильный лоток

На не стерильной части стола поместить:

Р - р новокаина 0,25%,

Р - р спирта 70%,

Р - р йодоната,

3 шприца емкостью 5 мл;

Лейкопластырь;

Стерильные перчатки;

Иглоотсекатель;

Емкость с дезраствором;

Лоток для отработанного материала

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.**Контрольные вопросы для самопроверки**

1. Этиология нарушений мозгового кровообращения.

2. Что относится к ПНМК?

3. Какая неврологическая симптоматика характерна для церебральных гипертонических кризов?

4. Дайте определение инсульта

5. Как начинается геморрагический инсульт, паринхиматозное кровоизлияние?

6. Какие неврологические симптомы характерны для субарахноидального кровоизлияния?

7. На какие два типа делится ишемический инсульт? (по типу тромбоза и по типу эмболии).

8. Какая неврологическая симптоматика будет характерна для ишемических инсультов?

9. Принципы базисного лечения инсультов.

10. Дифференцированное лечение инсультов (геморрагические – гемостатики, ишемические – антикоагулянты).

11. Как осуществляется транспортировка пациентов с инсультами?

12. Последствия ранее перенесенного инсульта.

Тема 5. Сестринский уход в реабилитации пациентов перенесших инсульт

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Сестринский процесс в реабилитации пациентов перенесших инсульт

1. Контроль исходного уровня знаний**Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика****Уважаемые студенты!**

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант №1.

1. При лечении положением у больных инсультом голеностопный сустав сгибают под углом:

- а) 15 гр.
- б) 45 гр.
- в) 90 гр.
- г) 120 гр.

2. Физическая реабилитация применяется у больных инсультом:

- а) при развитии парезов
- б) с 1-2 дня заболевания при удовлетворительном состоянии
- в) при развитии параличей
- г) не проводится.

3. Устойчивое положение «стоя», когда расстояние между стопами:

- а) 10 см
- б) 30 см
- в) 50 см
- г) 70 см.

4. Последствиями инсульта чаще является:

- а) развитие пневмонии
- б) развитие сердечно-сосудистой недостаточности
- в) нарушение двигательных функций
- г) нарушение речи.

5. К возможным осложнениям в организме, связанным с длительным пребыванием больного на постельном режиме, относится:

- а) гипостатическая пневмония
- б) атония кишечника
- в) трофические расстройства мягких тканей
- г) всё перечисленное.

6. Клинический эффект лечебной гимнастики при заболеваниях нервной системы обусловлен:

- а) нервно-рефлекторным действием;
- б) улучшением питания структур мозга;
- в) трофическим действием;
- г) всё перечисленное.

7. Паралич – это:

- а) полное отсутствие произвольных движений;
- б) ослабление произвольных движений;
- в) появление синхронных движений;
- г) появление непроизвольных движений.

8. При заболеваниях центральной нервной системы чаще возникают нарушения функций:

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) нервно-мышечного аппарата
- в) дыхательной системы
- г) пищеварительной системы

9. Эффективность лечебной гимнастики при инсультах зависит:

- а) от ранних сроков начала занятий
- б) от систематичности и длительности лечения
- в) от индивидуального подхода
- г) от всего перечисленного.

Основные принципы реабилитации:

- а) раннее начало
- б) индивидуальный подход
- в) комплексности
- г) последовательности

Вариант 2

Реабилитация инвалидов осуществляется с помощью мероприятий:

- а) педагогических
- б) экономических
- в) медицинских
- г) психологических

д) все перечисленное верно

2. Целью реабилитации является:

- а) восстановление здоровья
- б) восстановление социального статуса инвалида
- в) профилактика осложнений заболеваний

3. Определение реабилитационного потенциала необходимо для:

- а) реализации способностей пациента
- б) составления плана лечения
- в) борьбы с осложнениями

4. Индивидуальная программа реабилитации инвалида включает в себя:

- а) план ухода
- б) перечень реабилитационных мероприятий
- в) основные этапы лечения

5. Ограничение жизнедеятельности представляет собой расстройство на уровне:

- а\ системы органов
- б\ человека
- в\ общества

6. Причиной развития социальной недостаточности может быть:

- а\ нарушения жизнедеятельности
- б\ неблагоприятные условия внешней среды
- в\ ограничение жизнедеятельности
- г\ все перечисленное верно

7. Проявление заболевания выражается в:

- а\ нарушении
- б\ ограничении жизнедеятельности
- в\ социализации

8. Утрата способности одеваться относится к:

- а\ нарушению
- б\ ограничению жизнедеятельности
- в\ социальной недостаточности

9. В реабилитации выделяют аспекты:

- а\ физический
- б\ социальный
- в\ психологический
- г\ все перечисленное верно

10. Основная задача медицинской сестры в реабилитации пациента:

- а\ помочь пациенту в самообслуживании
- б\ уход за пациентом
- в\ помочь пациенту самому справиться с проблемой

Вариант 3

1. Следующим этапом за формулированием проблем пациента является:

- а\ оценка эффективности ухода
- б\ определение целей ухода
- в\ составление плана сестринского вмешательства

2. Программа медицинской реабилитации включает в себя:

- а\ физические методы реабилитации
- б\ создание благоприятных условий для выздоровления
- в\ профессиональное обучение

3. Оценка в сестринском процессе проводится на основании:

- а\ достижения целей медсестры
- б\ выполнения запланированных мероприятий
- в\ достижения целей пациента

4. Сестринская формулировка проблем пациента включает в себя:

- а\ проблему с указанием ее причины
- б\ проблему с указанием целей ухода
- в\ проблему с указанием плана ухода
- г\ только проблему пациента

5. Ограничение жизнедеятельности включает в себя:

- а\ языковые и речевые нарушения
- б\ снижение способности общаться с окружающими
- в\ ограничение способности к получению образования

6. Социальная недостаточность представляет собой:

- а\ проявление болезни
- б\ социализацию нарушений
- в\ отражение социальных проблем общества

7. Сестринский уход в реабилитации направлен на:

- а\ повышение эффективности лечения
- б\ повышение активности пациента
- в\ строгое выполнение назначений врача

8. Меры по профилактике осложнений проводятся:

- а\ на всех этапах лечения
- б\ в острый период заболевания
- в\ в период реабилитации пациента

9. Меры по профилактике прогрессирования заболевания включают в себя:

- а\ самостоятельное контролирование пациентом лечебных мероприятий
- б\ выявление и контроль факторов риска
- в\ обучение членов семьи пациента

10. Пациент и члены его семьи должны:

- а\ не вмешиваться в процесс реабилитации
- б\ принимать участие в обсуждении целей реабилитации после специального обучения
- в\ принимать активное участие в реабилитации

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов – отлично

8-9 правильных ответов – хорошо

7-8 правильных ответов – удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

Обучающий этап.

Для усвоения алгоритма составления сестринского плана реабилитации у пациента перенесшего инсульт выполните следующие задания

Задание 1.

Укажите общие правила проведения реабилитационных мероприятий:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Задание 2.

Укажите этапы медицинской реабилитации:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Задание 3.

К средствам медицинской реабилитации относятся:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Критерии оценки выполненных заданий:

5 (*отлично*) – правильно даны ответы на вопросы с указанием их последовательности,

4 (*хорошо*) – все ответы верны, но нарушена их последовательность или отсутствуют один-два варианта ответа

3 (*удовлетворительно*) – не все ответы верны, нарушена их последовательность;

2 (*неудовлетворительно*) – верны только один-два ответа;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия

Задание 4.

«Техника выполнения профилактики пролежней»

Схема алгоритма выполнения манипуляции	Этапы выполнения	Баллы
Цель	Обеспечить профилактику пролежней	
Задача	Улучшить кровообращение и трофику тканей	
Подготовка к выполнению	Объяснить пациенту цель и ход проведения процедуры, получить согласие.	2 балл
Особенность выполнения упражнения	Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Упражнения выполняются каждые 2 часа, 2–3 раза. Темп медленный. Дыхание не задерживать	2 балл
Алгоритм выполнения упражнений	Повороты на бок (каждые 30 мин). Сползать на подушке вниз - вверх, влево – вправо. Приподниматься на руках или локтях. Левой ладонью коснуться правого плечевого сустава и наоборот. Приподнимать голову. Не отрывая плеч. Поочередно сгибать стопы вниз – вверх, влево – вправо. Поочередно сгибать ноги – скользя стопами по постели.	5 баллов
Ответная реакция на процедуру	Положительная: жалоб нет, общее состояние хорошее	1 балл
Максимальное количество баллов		10 баллов

Критерии оценки в баллах: 1 балл – ответ полный
0,5 балла – неполный ответ
0 – ответ неправильный

Критерии оценки: 10 – 9 баллов – оценка «5»
8 – 7 баллов – оценка «4»
6 баллов – оценка «3».

Задание 5

Алгоритм выполнения эластической компрессии нижних конечностей

Схема алгоритма выполнения манипуляции	Этапы выполнения	Баллы
Показания	Боль и отек в парализованной конечности при соблюдение постельного режима более 4 суток.	

Противопоказания	Поражение кожных покровов (экземы, дерматиты, микозы), а также облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.	
Оснащение	эластичные бинты, манекен взрослого человека	
Подготовка к выполнению	Больного укладывают так, чтобы нижние конечности находились в возвышенном положении. Лучше всего компрессионный биндаж накладывать утром, до подъема с постели, а снимать вечером перед сном.	1 балл
Алгоритм выполнения	<ol style="list-style-type: none"> 1.Повязку накладывают при тыльном сгибании стопы, предупреждающим образованием складок бинта в области лодыжек, которые могут повредить кожу при движении. 2. Бинтование начинают от проксимальных суставов пальцев стопы с захватом пятки в виде «гамачка». 3. Рулон бинта необходимо раскручивать наружу в непосредственной близости от кожных покровов. 4 Бинт должен следовать форме конечности для чего туры бинта должны идти в восходящем и нисходящем направлениях попеременно. Это обеспечит его прочную фиксацию. 5. Каждый тур бинта должен перекрывать предыдущий на 50-70%. 6. Необходимо моделировать цилиндрический профиль конечности с помощью латексных или поролоновых подушечек. 7. Бинтование заканчивают обычно в области подколенной ямки, где конец бинта закрепляют безопасной булавкой. 	6 баллов
Ответная реакция на процедуру	При правильно наложенной компрессионной повязке кончики пальцев слегка синеют, а при начале движения восстанавливают свой обычный цвет. Снимать бинт необходимо дважды в день на 30 мин.	3 балла
Максимальное количество баллов		10 баллов

Критерии оценки в баллах: 1 балл – ответ полный
0,5 балла – неполный ответ
0 – ответ неправильный

Критерии оценки: 10 – 9 баллов – оценка «5»
8 – 7 баллов – оценка «4»
6 баллов – оценка «3».

4.Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

Реабилитация - определение.
Особенности сестринского ухода у пациентов в остром периоде инсульта
Особенности ранней реабилитации пациентов с инсультом
Особенности реабилитации на стационарном уровне
Особенности реабилитации пациента дома
Особенности реабилитации пациента в амбулаторных условиях

Тема 6. Онкология: принципы диагностики и лечения заболеваний. Сестринский уход в онкологии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: **Онкология: принципы диагностики и лечения заболеваний. Сестринский уход в онкологии.**

1.Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Онкология: принципы диагностики и лечения заболеваний. Сестринский уход в онкологии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Сестринское вмешательство у онкологического больного с проблемой в психоэмоциональной сфере

- а) обучение приемам ЛФК
- б) поощрение общения с другими пациентами
- в) обеспечение максимального комфорта
- г) способствование физической активности пациента

2. Опухоль, состоящая из хрящевой ткани

- а) хондрома
- б) остеома
- в) миома

г) липома

3. При запущенных злокачественных опухолях показана операция

- а) радикальная
- б) паллиативная
- в) электрокоагуляция
- г) экстренная

4. Доброкачественная опухоль

- а) метастазирует в регионарные узлы
- б) метастазирует в отдаленные органы
- в) метастазирует в регионарные лимфоузлы и отдаленные органы
- г) не метастазирует

5. Злокачественная опухоль

- а) ограничена капсулой
- б) не прорастает в соседние ткани
- в) прорастает в соседние ткани
- г) раздвигает ткани

6. Основной метод лечения злокачественных опухолей

- а) химиотерапия
- б) оперативное лечение
- в) гормонотерапия
- г) физиотерапия

7. Злокачественная опухоль

- а) не влияет на общее состояние
- б) растет медленно, имеет капсулу
- в) растет быстро, разрушая окружающие ткани
- г) не рецидивирует

8. При доброкачественной опухоли

- а) развивается какексия
- б) развивается анемия
- в) развивается интоксикация
- г) состояние не изменяется

9. Большой считается неоперабельным при

- а) предраке
- б) I ст. рака
- в) IV ст. рака
- г) II ст. рака

10. Атипичные клетки характерны для

- а) миомы
- б) фибромы
- в) саркомы
- г) ангиомы

Вариант 2

1. Злокачественная опухоль из соединительной ткани

- а) фиброма
- б) киста
- в) саркома
- г) рак

2. Доброкачественная опухоль из соединительной ткани

- а) фиброма
- б) киста
- в) остеома
- г) рак

3. Доброкачественная опухоль из мышечной ткани

- а) аденома
- б) миома
- в) нейросаркома
- г) миосаркома

4. Злокачественная опухоль из эпителиальной ткани

- а) саркома
- б) рак
- в) гемангиома
- г) нейросаркома

5. Злокачественная опухоль из нервной ткани

- а) аденома
- б) саркома
- в) нейросаркома
- г) миосаркома

6. Достоверная диагностика в онкологии обеспечивается исследованием

- а) ультразвуковым
- б) радиоизотопным
- в) гистологическим
- г) рентгенологическим

7. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

- а) полициклических ароматических углеводородов:
- б) ионизирующего излучения
- в) ретровирусов
- г) правильно а) и б)

8. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены:

- а) при клиническом осмотре больного
- б) при рентгенологическом исследовании
- в) при использовании эндоскопических методов
- г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарными лимфатическим аппаратом

9. Опухоли могут вызваться:

- а) химическими агентами
- б) физическими агентами
- в) биологическими агентами
- г) все ответы верные

10. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является:

- а) старение населения
- б) резкое ухудшение экологической обстановки
- в) увеличение влияния профессиональных вредностей
- г) нет правильного ответа

Вариант 3

1. Задачами онкологического диспансера является:

- а) организация профосмотров
- б) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
- в) онкологическая подготовка врачей
- г) научно – исследовательская работа

2. Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является:

- а) рак легких
- б) рак желудка
- в) рак предстательной железы
- г) рак прямой кишки

3. Скрининговые исследования на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы:

- а) 15-24 лет
- б) 25-34 лет
- в) 35-44 лет
- г) 45-54 лет

4. К группе повышенного онкологического риска не относятся люди:

- а) имеющие контакт с онкобольными
- б) с предраковыми заболеваниями
- в) с нарушением углеводно-жирового обмена
- г) здоровые с наличием рака у ближайших родственников

Ответ: а

5. Доброкачественная опухоль

- а) растет медленно, не прорастает в окружающие ткани
- б) рецидивирует
- в) метастазирует
- г) вызывает кахексию

6. В структуре онкологической заболеваемости среди женщин 1-е место в РФ занимает рак:

- а) шейки матки
- б) тела матки
- в) яичников
- г) молочной железы

7. Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи:

- а) подведение максимальной возможной дозы излучения
- б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
- в) получить частичную регрессию опухоли
- г) все ответы правильные

8. Факторами, которые могут влиять на объем операции, является:

- а) стадии заболевания
- б) возраст больного
- в) сопутствующие заболевания
- г) все ответы верные

9. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние:

- а) возраст больного
- б) гистологическая структура опухоли
- в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие отдаленных метастазов

10. Стадия заболевания во многом определяет:

- а) выбор метода лечения
- б) предполагаемый объем операции
- в) прогноз
- г) все ответы верные

Вариант 4

1. Основная цель радикальной лучевой терапии:

- а) подведение максимально возможной дозы излучения
- б) снижение биологической активности опухолевых клеток
- в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
- г) достижение полной регрессии опухоли

2. Термин «симптоматическая терапия» обозначает:

- а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии

- б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- г) правильного ответа нет

3. К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленное, кроме:

- а) лейкопении
- б) тошноты, рвоты
- в) нарушения сна
- г) образование метастазов

4. При осуществлении хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями основными принципами является соблюдение:

- а) Радикальности
- б) Абластичности
- в) Применение антибластических методов
- г) Всех перечисленных

5. Химиотерапия не может быть:

- а) радикальной
- б) симптоматической
- в) паллиативной

6. Лучевая терапия относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные

7. Хирургический метод относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные

8. Химиотерапия относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные
- е) правильно а) и б)

9. Для выбора плана лечения онкологического больного необходимо знать:

- а) Локализацию опухоли
- б) Стадию заболевания
- в) Морфологическую структуру опухоли, степень её дифференцировки
- г) Все перечисленное

10. Основным свойством клеток злокачественных новообразований является

- а) неконтролируемый рост
- б) контролируемый рост
- в) обязательное укорочение клеточного цикла
- г) обязательное удлинение клеточного цикла

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

8-9 правильных ответов - хорошо

6-7 правильных ответов - удовлетворительно

5 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Онкология: принципы диагностики и лечения заболеваний. Паллиативная медицинская помощь

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача 1.

Пациент онкологического диспансера категорически отказывается от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом, считает, что его обследуют и лечат неправильно, что они ничего не знают и думают, как бы быстрее уйти с работы.

Задание:

В какой стадии горевания находится пациент. Дайте характеристику этой стадии.

Определите тактику поведения с пациентом.

Задача 2.

Пациент хосписа постоянно пребывает в мрачном настроении, стремится к одиночеству, замыкается в себе и часто плачет, отчужден, теряет интерес к дому и собственной внешности.

Задание:

В какой стадии горевания находится пациент. Дайте характеристику этой стадии.

Определите тактику поведения с пациентом.

Задача 3

Родственники пациента хосписа считают, что врач предвзято относится к пациенту, потому что назначил очень слабые анальгетики, в то время как сосед по палате получает сильные наркотические средства.

Задание:

Расскажите родственникам пациента о трехступенчатой схеме обезболивания, предложенной ВОЗ.

Составьте план действий, обеспечивающий немедикаментозное обезболивание.

Жалобы пациента на постоянное жжение в пораженной конечности, не прекращающееся после введения обезболивающих средств.

Какой вид боли может быть у пациента?

Составьте план ухода за пациентом.

Задача 4

Пациентке назначен курс химиотерапии. Она переживает, что после химиотерапии у нее выпадут волосы, которыми она всегда гордилась и хочет знать как бороться с тошнотой и рвотой, которые могут быть во время лечения.

Задание:

Объясните пациентке причины возникновения аллопеции.

Обучите пациента уходу за своей внешностью.

Расскажите о причине тошноты и рвоты и самоуходу при этих проблемах.

Задача 5

Пациент требует у лечащего врача сообщения информации о диагнозе и прогнозе. Врач просит медицинскую сестру подготовить все для данной процедуры.

Задание:

Составьте план реализации процедуры информирования пациента в соответствии с современными требованиями.

Задача 6

Родственники противятся госпитализации в хоспис онкологического пациента для подбора анальгетиков, так как считают, что помещая родственника в хоспис, они «предают» его.

Задание:

Проведите беседу с родственниками пациента: что такое паллиативная помощь, ее цели, задачи и принципы.

Расскажите о преимуществах нахождения в хосписе.

Задача 7

Родственники пациента с IV стадией онкологии очень переживают по поводу прогрессирующего ухудшению состояния здоровья пациента. Лечащий врач назначил пациенту подкожные инъекции промедола 1%-1 мл. Медицинскую сестру выездной службы попросили научить родственников п/к инъекциям промедола.

Задание:

Расскажите родственникам в какие области тела можно делать п/к инъекции.

Научите технике п/к инъекции.

Осуществите психологическую поддержку родственников пациента.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

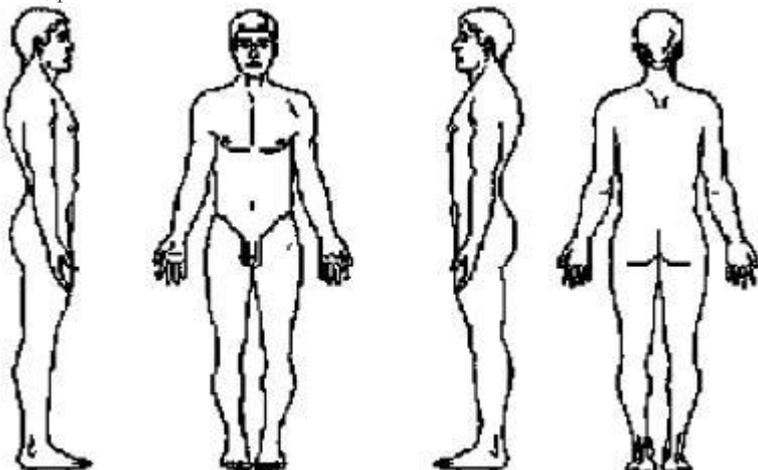
Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия

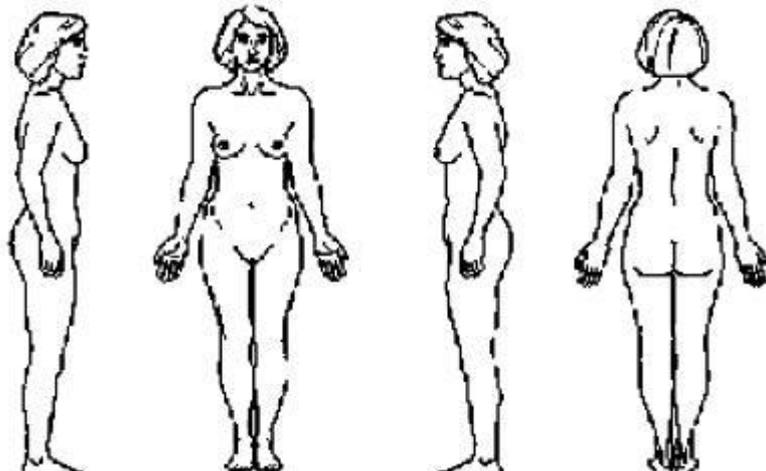
Задание 1.

Технология оценки интенсивности боли (ТНМУМСУ, код А14.31.014).

Содержание, требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело".	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании высшего образовательного учебного заведения по специальностям: "Лечебное дело", "Педиатрия", "стоматология", направление подготовки "Сестринское дело (бакалавр)"	<p>II Выполнение процедуры:</p> <p>1) При наличии ясного сознания и возможности речевого контакта провести оценку уровня боли на диагностическом уровне: - спросить у пациента о наличии боли. а) При подтверждении пациентом наличия болевого синдрома:</p> <p>1) Предложить пациенту оценить интенсивность боли по 5-балльной шкале. 2) Выяснить локализацию боли. 3) Выяснить иррадиацию боли. 4) Выяснить продолжительность боли. 5) Выяснить характер боли. 6) Полученные результаты документировать. Зоны боли описать в терминах топографической анатомии или отметить на схематическом изображении человеческого тела.</p> <p>б) При отрицании пациентом наличия болевого синдрома документировать в медицинской документации факт отсутствия боли в момент осмотра.</p> <p>в) При проведении повторного исследования уровня боли (динамический мониторинг уровня боли) провести оценку уровня боли на уровне динамической оценки.</p>
До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук	
Диагностика заболеваний	1) Предложить пациенту отметить текущий уровень боли на 10-балльной шкале визуально-аналогового контроля.
Амбулаторно-поликлинические.	2) Попросить пациента отметить на той же шкале уровень боли на момент предыдущего осмотра.
Стационарные.	3) Оценить положительную/отрицательную динамику субъективной оценки болевого синдрома в абсолютных и/или относительных показателях.
Транспортные	4) Полученные результаты документировать.

<p>Визуально-аналоговая шкала оценки боли.</p> <p>Вопросник Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.</p> <p>Вербально-рейтинговая шкала оценки боли.</p> <p>Числовая шкала оценки боли.</p> <p>Комбинированная шкала оценки боли</p>	<p>г) При проведении первичной оценки уровня боли, а также при изменении характера болевого синдрома провести оценку уровня боли на описательном уровне:</p> <p>1) Инструктировать пациента о правилах заполнения вопросника Мак-Гилла по определению степени выраженности болевого синдрома.</p> <p>2) Предоставить пациенту бланк вопросника Мак-Гилла и авторучку.</p> <p>3) По окончании заполнения рассчитать ранговые индексы по 4 основным группам (сенсорные ощущения, эмоциональные ощущения, оценка интенсивности, параметры, отражающие общие характеристики боли); на основании полученных показателей рассчитать ранговый индекс боли (РИБ).</p> <p>4) Заполнить расчетные поля бланка вопросника.</p> <p>5) На основании данных заполнить поле "настоящее ощущение интенсивности боли" (НИБ).</p> <p>III Окончание процедуры:</p>
<p>I Подготовка к процедуре:</p> <p>1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, (если пациент в сознании). Получить добровольное информированное согласие. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.</p> <p>2) Убедиться, что пациент находится в сознании. При диагностировании сознания, отличного от ясного, использовать шкалу комы Глазго (Glasgow Coma Score) для диагностики уровня угнетения сознания.</p> <p>3) Убедиться в возможности речевого контакта с пациентом, учитывая тяжесть состояния, возраст, уровень сознания, нарушения речи, наличие/отсутствие языкового барьера. При невозможности речевого контакта с пациентом диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).</p> <p>4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>2 балла</p>	<p>1) Ознакомить пациента с полученными результатами.</p> <p>2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.</p> <p>3) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.</p> <p>4) При отказе пациента от проведения оценки, а также при наличии подозрений в истинности предоставляемых данных (симуляция, аггравация, диссимуляция) диагностировать и документировать невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли)</p> <p>6 баллов</p>
<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>При проведении оценки уровня боли по шкале Мак-Гилла (McGill) необходимо попросить пациента отметить одно слово, которое наиболее точно отражает его болевые ощущения в любых (не обязательно во всех) классах оценочной шкалы.</p> <p>В педиатрической, геронтологической, психиатрической практике, а также в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, может быть использована пиктографическая шкала, схематично изображающая выражения лица человека. К невербальным признакам боли (маркерам боли) относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> - влажная кожа; - тахикардия и тахипноэ, не связанные с заболеванием; - слезы, влажные глаза; - расширение зрачков; - вынужденная поза; - характерная мимика: сжатые зубы, напряжение мимической мускулатуры лица (нахмуренный лоб, поджатые губы); - прижатие рукой места локализации боли, поглаживание и растирание его; - нарушение глазного контакта (бегающие глаза); - изменение речи (темпа, связности, стиля); - поведенческие реакции (двигательное беспокойство, постукивание пальцами, непоседливость); - эмоциональные реакции: капризность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, вспышки агрессии; - нарушения сна; - потеря аппетита; - стремление к одиночеству; - стоны во сне или в те моменты, когда пациент считает, что он один;

	- частые разнообразные жалобы, не связанные с болью 1 балл
8 Достижимые результаты и их оценка	Уровень боли пациента объективно оценен в соответствии с приведенными методиками 1 балл
9 Особенности добровольного информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи	Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящем исследовании. Информация об оценке интенсивности боли, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на оценку интенсивности боли не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется
10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики	Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных. Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения технологии. Результаты измерения получены и правильно интерпретированы. Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации. Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения). Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги
11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги	Коэффициент УЕТ врача - 1,0. Коэффициент УЕТ м/с - 0
12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги	Отсутствует
13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)	1 Образец визуально-аналоговой шкалы 
	2 Образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике 
	3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома 

	<p>4 Образец схематического изображения женского тела для графического обозначения зон болевого синдрома</p>  <p>5 Вопросник (анкета) McGill по определению степени выраженности болевого синдрома (R. Melzack 1996) приведен в приложении В</p>
--	--

Каждый этап проведения оценки болевого синдрома оценивается в баллах.

Критерии оценки в баллах: 1 балл – ответ полный – манипуляция выполнена в соответствии с алгоритмом

0,5 балла – неполный ответ - манипуляция выполнена с отступлениями от алгоритма

0 – ответ неправильный

Критерии оценки: 10 – 9 баллов – оценка «5»

8 – 7 баллов – оценка «4»

6 баллов – оценка «3».

Вы медицинская сестра и Вам необходимо выполнить следующие манипуляции у онкологических пациентов:

Задание 1.

Технология выполнения простой медицинской услуги "Пособие при стомах толстого кишечника"

Цель. Обучить пациента правилам ухода за колостомой.

Показания. Очищение после каждого выделения очередной порции кала.

Оснащение.

Калоприемник.

Зонд кишечный N 18 (стерильный) для промывания стомы.

Ирригационный рукав для промывания стомы.

Штатив для внутривенного вливания.

Ирригационный контейнер

Антисептик для обработки поля вокруг стомы.

Вазелиновое масло.

Стерильные марлевые салфетки (ватные шарики).

Салфетки.

Очищающие салфетки (запатентованные для интимного применения или гигиенические).

Пластиковые пакеты для использованных материалов и калоприемника, клеенчатый мешок для белья.

Полотенце.

Простыня.

Дезодорант для мешка стомы.

Туалетная бумага.

Одноразовые полиэтиленовые пакеты.

Трафарет и ножницы.

Измеритель со стандартными отверстиями.

Карандаш или ручка

Зажим для мешка.

Емкость для воды.

Нестерильные перчатки.

Стерильные перчатки.

Ширма

I. Подготовка к процедуре:

- 1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.
- 2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
- 3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности: поставить ширму, помочь пациенту занять положение лежа.
- 4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
- 5) Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
- 6) Обернуть пациента простыней или пленкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента.
- 7) Приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2,5-3,5 см).
- 8) Использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клееного слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур

вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами (удобно применять ножницы тупоконечные вертикально-изогнутые для избежания повреждения мешка).

9) Надеть нестерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник (сам мешочек и кожный барьер), одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом, и измерить объем масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снять калоприемник, начиная с верхнего края.

2) Обработать перчатки антисептическим раствором.

3) Аккуратно очистить область стомы и кожи вокруг нее водой с мягким (жидким) мылом, высушить ее марлевой салфеткой.

4) Проверить состояние кожи, ее цвет в области стомы и саму стому на наличие отека или других изменений (мацерации).

5) Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки.

7) Обработать кожу (при нарушении ее целостности) защитным препаратом (цинковая мазь, стомагезин, паста Лассара или другим средством, применяемым в учреждении).

8) Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.

9) Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже.

10) Приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже в течение 1-2 мин, прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.

11) Аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового).

12) При использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем.

Присоединить пояс к кромке калоприемника.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

Алгоритм бужирования стомы

Цель. Обучить пациента правилам ухода за колостомой.

Показания. Очищение после каждого выделения очередной порции кала.

Оснащение. То же самое

I Подготовка процедуры:

1) Уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой.

2) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

3) Обеспечить возможность для соблюдения конфиденциальности, если процедура проходит в положении лежа.

4) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

5) Надеть стерильные перчатки.

II Выполнение процедуры:

1) Смазать указательный палец стерильным вазелиновым маслом.

2) Ввести осторожно палец в стому, повторяя движения: вперед и назад.

3) Обработать кожу вокруг стомы.

4) Закрепить новый калоприемник.

III Окончание процедуры:

1) Снять перчатки. Продезинфицировать и утилизировать использованный материал.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Уточнить у пациента его самочувствие.

4) Сделать запись о результатах выполнения в медицинской документации

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

Целесообразно обучить пациента и его родственников уходу за стомой. Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на или объема, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы.

Достижимые результаты и их оценка

Пациент способен и демонстрирует с точностью 100% самостоятельное выполнение манипуляции. Пациент в комфортном состоянии, кожа вокруг стомы без видимых изменений. Пациент чувствует себя комфортно/

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения).

Отсутствие осложнений.

Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения технологии

Задание 2

Технология выполнения простой медицинской услуги "Уход за сосудистым катетером"

Код технологии	Название технологии
A14.12.001	Уход за сосудистым катетером

1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: Лечебное дело, Акушерское дело, Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук Использование перчаток во время процедуры.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные.	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Лечебное Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Стерильный пинцет Столик манипуляционный Шприц на 10 мл Центральный или периферический сосудистый катетер с вводным устройством Лоток Стерильные ножницы
5.2.	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Гепаринизированный раствор (0,1 мл гепарина на 1 мл физиологического раствора) Физиологический раствор 5,0 мл Антисептическое средство для обработки кожи Спирт этиловый 70% - 5 мл.
5.6	Прочий расходный материал	Стерильные марлевые тампоны Стерильные марлевые салфетки Пластырь Стерильные ватные шарики Перчатки нестерильные Маска

Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм ухода за сосудистым катетером (центральным) - смена повязки.

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Надеть маску.
4. Подготовить и доставить в палату манипуляционный столик, с размещенным на нем необходимым оснащением.
5. Предложить пациенту занять или помочь ему занять удобное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону.
6. Освободить от одежды место установки катетера.
7. Надеть нестерильные перчатки.

II. Выполнение процедуры.

8. Снять повязку и положить в непромокаемый пакет/ контейнер.
9. Снять использованные перчатки и положить в непромокаемый пакет/ контейнер.
10. Перчатки обработать антисептиком.
11. Положить на кожу вокруг катетера стерильную пленку.
12. Осмотреть и пропальпировать место вокруг катетера. Примечание: при наличии признаков воспаления организовать вызов врача.
13. Убедиться, что катетер закреплен.
14. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет / непромокаемый контейнер.
15. Перчатки обработать антисептиком.
16. Обработать кожу вокруг катетера кожным антисептиком: марлевым / ватным шариком, с помощью пинцета от периферии к центру.
17. Наложить стерильную повязку и зафиксировать ее бактерицидным пластырем / лейкопластырем или самоклеющейся повязкой. Закрепить катетер.

III. Завершение процедуры.

18. Снять использованные перчатки, положить их в непромокаемый пакет/ контейнер.
19. Доставить использованный материал в процедурный кабинет.
20. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
21. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

Алгоритм выполнения ухода за сосудистым катетером (центральным) - промывание катетера.

Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики

При проведении процедуры с катетером, находящимся в периферической вене, пациент может сидеть или лежать на спине, рука, в вене которой находится катетер расположена вдоль туловища: если катетер расположен в кубитальной или в вене предплечья - ладонью вверх, если в венах кисти - ладонью вниз. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания. При оказании процедуры, с катетером находящимся в бедренной вене, ножной конец кровати опущен на 25°. Снятие заглушки не связано с фазой дыхания

Достижимые результаты и их оценка

Катетер промыт, проходим, повязка заменена, раздражения воспаления под повязкой не наблюдается

Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, фельдшером, или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на уход за сосудистым катетером не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.

Параметры оценки и контроля качества выполнения методики

- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)

- Отсутствие осложнений
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.
- Отсутствие отклонений от алгоритма выполнения измерения.

5 (отлично) – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований; действия выполняются последовательно, в соответствии со стандартом выполнения ТПМУ; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4 (хорошо) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени, установленный в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; ошибки в действиях не угрожающие жизни и здоровью пациента исправляются самостоятельно или с уточняющими вопросами педагога, и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

3 (удовлетворительно) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; нарушена последовательность выполнения ТПМУ. Ошибки в действиях, не угрожающие жизни и здоровью пациента, исправляются уточняющими вопросами педагога. Действия неуверенные. Соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима или имеются незначительные нарушения. Соответствие параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10) неполное.

2 (неудовлетворительно) – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить методику простой медицинской услуги. Совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. Нет соответствия параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Поняти об опухолях, классификация опухолей
2. Теории развития злокачественных опухолей
3. Клиника злокачественных опухолей, диагностика (дополнительные методы обследования).
4. Ранняя диагностика злокачественных опухолей.
5. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей
6. Предраковые заболевания и их классификации. Тактика лечения предраковых заболеваний.
7. Онконастороженность. Профилактика злокачественных опухолей
8. Доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
9. Основные методы лечения злокачественных опухолей клинические группы и их роль в организации онкологической службы
10. Изложите особенности сбора анамнеза и объективного осмотра у онкологических больных.
11. Назовите основные этапы обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование.
13. Дайте определение опухолевых маркеров.
14. Как проводится выявление рака в доклиническом периоде?
15. Как проводится формирование групп повышенного риска?
16. Каково значение профилактических осмотров и ежегодной диспансеризации населения для раннего выявления рака?
17. Дайте определение термину «паллиативная помощь»
18. Кому и где оказывается паллиативная помощь?
19. Принципы, цели и задачи паллиативной помощи.
20. Сестринский уход у пациентов с неизлечимыми формами злокачественных опухолей

Тема 7: Сестринский уход у пациентов с инфекционными заболеваниями. Основные синдромы при инфекционных заболеваниях. Методы диагностики.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме занятия

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме занятия

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Сестринский уход у пациентов с инфекционными заболеваниями. Основные синдромы при инфекционных заболеваниях. Методы диагностики» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

Особенности инфекционных болезней

- а) скоротечность, сезонность, заразность
- б) волнообразность, массовость, формирование носительства
- в) контагиозность, специфичность, цикличность
- г) высокая летальность, контагиозность, наличие специфических переносчиков

Основной метод лабораторной диагностики, позволяющий установить возбудителя в материале больного

- а) бактериологический
- б) серологический
- в) аллергологический
- г) бактериоскопический

Эпидемический процесс – это

- а) распространение микроорганизмов в человеческом обществе
- б) взаимодействие патогенных микроорганизмов с макроорганизмами
- в) распространение инфекционных состояний в человеческом обществе
- г) распространение микроорганизмов в окружающей среде

Основной механизм заражения при кишечных инфекциях

- а) аэрогенный
- б) фекально-оральный
- в) вертикальный
- г) трансмиссивный

Для создания пассивного иммунитета вводят

- а) антибиотики
- б) вакцины
- в) сыворотки
- г) анатоксины

Специфические методы профилактики инфекционных болезней

- а) витаминизация
- б) прием антибиотиков
- в) вакцинация
- г) закаливание

В присутствии больного проводится дезинфекция

- а) профилактическая
- б) специфическая
- в) текущая
- г) заключительная

При острых кишечных инфекциях прежде всего обрабатывают

- а) посуду больного
- б) одежду больного
- в) выделения больного
- г) постельное белье

Для постановки серологической реакции берется

- а) кал
- б) моча
- в) кровь
- г) мокрота

Вакцины содержат:

- а) антитела
- б) антигены
- в) токсины
- г) анатоксины

Вариант 2

Вакцины содержат:

- а) антитела
- б) антигены
- в) токсины
- г) анатоксины

2. На вакцину формируется иммунитет:

- а) пассивный
- б) активный
- в) нестерильный
- г) врожденный

3. С целью выявления источника инфекции заполняют:

- а) паспортную часть истории болезни
- б) экстренное извещение
- в) журнал консультаций
- г) журнал регистрации инфекционных больных

4. Метод уничтожения грызунов:

- а) дезинсекция
- б) дезинфекция
- в) дератизация
- г) стерилизация

5. Фактор передачи кишечных инфекций:

- а) воздух
- б) кровь
- в) вода
- г) насекомые

6. Для экстренной профилактики столбняка вводят:

- а) антибиотики
- б) вакцину
- в) сыворотку
- г) аскорбиновую кислоту

7. Сроки заполнения экстренного извещения с момента выявления больного:

- а) 6 часов
- б) 12 часов
- в) 30 минут
- г) неделя

8. Для создания пассивного иммунитета вводят

- а) антибиотики
- б) вакцины
- в) сыворотки
- г) анатоксины

9. Специфические методы профилактики инфекционных болезней

- а) витаминизация
- б) прием антибиотиков
- в) вакцинация
- г) закаливание

10. Основной метод лабораторной диагностики, позволяющий установить возбудителя в материале больного

- а) бактериологический
- б) серологический
- в) аллергологический
- г) бактериоскопический

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

8-9 правильных ответов - хорошо

7-8 правильных ответов - удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме занятия

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача 1

На стационарном лечении в инфекционном отделении находится пациент 30 лет с диагнозом: Вирусный гепатит В, средней степени тяжести. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на головную боль, повышение температуры, боли в суставах, дискомфорт в правом подреберье.

Заболел 2 недели назад, когда почувствовал боли в суставах, к врачу не обращался, однако самочувствие не улучшалось. Повысилась температура, стала беспокоить головная боль. Состояние расценивалось как грипп. Через 10 дней стал жаловаться на отсутствие аппетита, тошноту, был направлен в инфекционную больницу.

Объективно: желтушность склер, язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Моча темная, кал светлый.

Задание

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
3. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 2

На стационарном лечении в инфекционной больнице находится пациентка 50 лет с диагнозом: Грипп. При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на сильную головную боль в лобной области, головокружение, редкий сухой кашель, нарушение сна, общую слабость.

Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые поднялась температура до 39,8, появились явления слабости, разбитости.

Проживает в квартире с дочерью, у которой отмечались подобные симптомы.

Объективно: положение в постели пассивное. В сознании. Лицо гиперемировано, одутловато, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. Кожа чистая, без сыпи. Температура тела - 40,0°C. В зеве разлитая гиперемия, геморрагии на мягком небе. Дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Тахикардия. АД 90/60 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Задание

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринского вмешательства с мотивацией.

Задача 3

Пациент 21 года поступил в инфекционную больницу с диагнозом: Острый инфекционный колит (предположительно дизентерийной этиологии). При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью (выделения скудные, частота стула 9 раз), повышение температуры, общую слабость.

Считает себя больным в течение одного дня.

За 5 дней до заболевания ел немытые фрукты, купленные на рынке. Объективно: $t=37,8^{\circ}\text{C}$, ЧДД 17 в мин., PS 80 уд. в мин АД 110/70 мм. рт. ст.

Сознание ясное, положение в постели активное. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Кожные покровы чистые, влажные, нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Стул: бескаловый «слизистый». Диурез в норме.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 4

Пациент на стационарном лечении. При сестринском обследовании получены следующие данные: жалобы на сильную головную боль, мышечные боли, резкую общую слабость, чувство жара во всем теле.

Болен 4 день. Заболевание началось в 10 часов утра с резкого озноба, который через 1,5-2 часа сменился чувством жара во всем теле, сильной головной и мышечными болями.

В последние 2 недели находился дома, после командировки в одной из стран Экваториальной Африки.

Объективно: общее состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, $t=40^{\circ}\text{C}$. На коже лица герпетические высыпания вокруг рта, гиперемия шеи и лица. Лимфоузлы не увеличены. PS-108 уд. в мин., ритмичный. АД 110/70 мм. рт. ст. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из под реберной дуги на 2 см. Отчетливо определяется болезненная селезенка. Врачебный диагноз: Малярия, средней степени тяжести

Задание

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 5

В инфекционное отделение поступил пациент (ребенок 1,5 лет) с диагнозом: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингит. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: пациент болен первые часы, мать ребенка предъявляет: жалобы на высокую температуру, беспокойство, рвоту.

Пациент болен первые часы, Заболевание началось с повышения температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, головной боли, рвоты.

Контакт с инфекционными больными мама отрицает.

Объективно: при осмотре $t=39,5^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, чистые. Ребенок беспокоится, у него повышенная чувствительность ко всем видам раздражителей, выражена ригидность мышц затылка, положительные симптомы Брудзинского, Кернига. Тоны сердца приглушены, в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, стула не было.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено у ребенка. Определите проблемы пациента, обоснуйте.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 6

На стационарное лечение поступил пациент, 54 лет. с жалобами на общую слабость, чувство жара, головную боль, снижение аппетита, задержку стула.

Заболел 4 дня назад, указанные проявления беспокоили в течение всех дней болезни, температура удерживалась на цифрах $38-38,9^{\circ}\text{C}$.

Ранее перенес малярию, сыпной тиф, часто болел ангинами.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, губы цианотичны. На коже боковых поверхностях грудной клетки мелкая, розовая, пятнисто-папулезная сыпь. Пульс 120 в мин. АД 100/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное. Язык сухой, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Врачебный диагноз: Болезнь Бриля, средней степени тяжести.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 7

На стационарном лечении с диагнозом Острый инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести (предположительно сальмонеллезной этиологии) находится пациент 32 лет. При сестринском обследовании выявлены следующие данные: жалобы на тошноту, рвоту, частый жидкий стул.

Заболел остро ночью, почувствовал боль и познание, дважды была рвота, а спустя 1 час появился жидкий стул с примесью не переваренных кусков пищи, обильный, зловонный. До 9 часов утра стул был 5 раз.

Накануне ел салат оливье.

Объективно: состояние средней степени тяжести, $t=38,5^{\circ}\text{C}$, бледен. Слизистая оболочка губ цианотична, на лбу капли пота, конечности холодные.

Тургор кожи снижен. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. Пульс 100 уд. в мин., слабого наполнения и напряжения, АД 70/40 мм. рт. ст. Язык покрыт белым налетом, живот болезненный при пальпации в эпигастральной области и в правой подвздошной.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 8

На стационарное лечение поступила пациентка через 10 часов от момента заболевания. При сестринском обследовании выявлены следующие данные: жалобы на недомогание, резкую слабость, нехватку воздуха, значительную сухость во рту, жажду, которая плохо утоляется, тонические судороги отдельных групп мышц, в особенности икроножных, пальцев рук и ног, живота.

Заболела внезапно, начался профузный понос, потерял каловый характер и стал обильным, водянистым, без патологических изменений, до 15 раз в сутки, 4 раза была обильная рвота.

Несколько дней назад пациентка вернулась из Астрахани.

Объективно: голос тихий, цианоз кожных покровов, заострившиеся черты лица. Язык сухой. Слизистая рта сухая. Тургор кожи снижен. $t=36,6^{\circ}\text{C}$, тахикардия, пульс 96 в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Живот слегка втянут. Врачебный диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит (предположительно холерной этиологии).

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику заполнения капельной системы солевым раствором.

Задача 9

В инфекционную больницу поступил больной К. 43 лет, с жалобами на высокую температуру тела и сильную головную боль, слабость, разбитость. Болен неделю.

Из анамнеза выяснено, больной живет в сельской местности, где регистрировались случаи сибирской язвы, работает на скотобойне.

При осмотре на правой щеке обнаружена язва с приподнятыми краями. Дно язвы покрыто черным струпом, вокруг струпа воспаленный валик. По периферии карбункула массивный отек. В области струпа отсутствует болевая чувствительность. Регионарный лимфаденит. Температура тела 40°C . Врачебный диагноз: Сибирская язва.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
3. Продемонстрируйте технику постановки внутрикожной пробы с антраксином.

В инфекционное отделение поступил больной с жалобами на бессонницу, беспричинный страх, чувство тоски, приступы удушья при попытке выпить воды.

Месяц назад был укушен неизвестной собакой. По поводу укуса никуда не обращался. Рана на ноге скоро зажила.

При осмотре - выражена эйфория, зрительные галлюцинации, бред, моторное возбуждение. Со стороны внутренних органов патологии нет. При попытке дать больному пить - резкий испуг, сопровождающийся гиперемией лица, болезненный спазм глоточной мускулатуры. Изо рта постоянно выделялась жидкая слюна. Пульс 88 уд. в мин., ритмичный, АД 100/65 мм рт. ст. Врачебный диагноз: Бешенство.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
3. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Задача 10

В инфекционную больницу поступил пациент с жалобами на отсутствие аппетита, тошноту, дискомфорт в правом подреберье, темную мочу, светлый кал.

Из анамнеза выяснено, пациент 30 лет был оперирован в августе 2013г. Послеоперационное течение благоприятное. Через 6 месяцев неожиданно появились боли в суставах, головная боль, повысилась температура. Состояние расценивалось как «грипп». Через 6 дней стал жаловаться на отсутствие аппетита, тошноту, дискомфорт в правом подреберье, темную мочу, светлый кал. Был направлен в инфекционную больницу.

Объективно: желтушность склер, язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из под реберной дуги на 1см. Селезенка не прощупывается. Предположительный врачебный диагноз: Вирусный гепатит В.

Задания

1. Выявите потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
3. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
- 4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
- 3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
- 2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3.Самостоятельная работа студентов на занятии

Задание 3. Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия

ЗАПОЛНЕНИЕ ЭКСТРЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ БОЛЬНОМ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ И НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ.

Цель: Регистрация инфекционных больных и учет инфекционной заболеваемости.

Показания: Выявление инфекционного больного.

Противопоказания: Нет.

Оснащение:

Бланк экстренного извещения.

Бланк направления в стационар.

Журнал учета инфекционных больных.

Возможные проблемы: Нет.

Последовательность действий м/с:

Позвоните в эпидбюро города по телефону.

Передайте следующие сведения:

ФИО больного.

Возраст.

Домашний адрес. Если пациент живет и прописан по разным адресам, сообщите оба адреса.

Место работы или учебы (завод, фабрика, предприятие, отдел, цех, лаборатория, рабочий табельный номер, институт, училище, факультет, отделение, курс, группа).

Адрес места работы или учебы (район, улица, дом).

Диагноз, поставленный врачом.

Краткие данные эпиданамнеза (квартира отдельная, коммунальная, проживают ли Пищевики, дети-дошкольники, посещающие дошкольные учреждения, беременные, доноры, с чем связано заболевание)

Краткие Данные клиники.

Дата заболевания.

Дата обращения.

Дата регистрации.

Место изоляции (в домашних условиях, госпитализация).

Кто регистрирует (фамилия врача, ЛПУ).

Получите эпидномер

Запишите его на направлении в больницу, в историю болезни пациента, в журнал регистрации инфекционных больных.

Оценка достигнутых результатов: Регистрация произведена.

Примечание:

В местностях, где не развита телефонная связь, регистрация инфекционных больных осуществляется заполнением бланков экстренного извещения по этим же вопросам.

Отправить извещение надо с нарочным не позднее 12 часов после постановленного диагноза.

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ ДЛЯ СЕРОЛОГИЧЕСКОГО И БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: Пропункцировать вену и взять кровь для исследования.

Показания. По назначению врача.

Противопоказания:

Возбуждение пациента

Судороги.

Оснащение:

Стерильный лоток

Шарики ватные стерильные 4-5 штук

Салфетка, полотенце

Жгут.

Этиловый спирт 70°.

Подушечка клеёчатая

Шприц стерильный емкостью 10-20 мл.

Игла для в/в.

Перчатки резиновые стерильные

Пробирка с пробкой.

Штатив для пробирки.

Маска.

Направление.

Растворы дезинфицирующие.

Емкости Для дезинфекции.

Набор «Анти-СПИД».

Возможные проблемы пациента:

Беспокойство и страх пациента.

Негативный настрой к вмешательству.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения

Вымойте руки.

Усадите или уложите пациента удобно. Рука в разогнутом виде находится ладонью вверх.

Подложите под локоть клеенчатую подушечку.

Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через салфетку или полотенце, пульс на лучевой артерии должен сохраниться.

Наденьте стерильные перчатки и маску

Попросите пациента поработать кулаком, а сами массирующими движениями от ладони к локтевому сгибу нагнетайте кровь.

Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.

Обработайте дважды область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом, в направлении сверху вниз.

Высушите 3-м стерильным шариком локтевой сгиб.

Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.

Пропункцируйте вену, введя иглу параллельно вене на одну треть длины, срезом вверх (пункцируйте вену при сжатом кулаке пациента).

Оттяните поршень шприца на себя и убедитесь, что игла попала в вену.

Попросите пациента не разжимать кулак

Наберите в шприц необходимое количество крови.

Попросите пациента разжать кулак и снимите жгут.

Приложите к месту пунктирования вены стерильный ватный шарик со спиртом и извлеките иглу из вены, не снимая ее со шприца.

Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе и так фиксируйте еще 5 мин.

Перенесите кровь из шприца в стерильную пробирку, не касаясь ее краев.

Выпишите направление.

Отправьте кровь в лабораторию.

Снимите перчатки.

Обработайте шприц, иглу, перчатки стол, жгут, клеенчатую подушечку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов:

Вена пропункцирована. Кровь для исследования взята.

Примечания:

Для биохимического исследования кровь берется в сухую, чистую центрифужную пробирку в количестве 5-7 мл.

Для серологического исследования забор крови делается в сухую стерильную пробирку в количестве 3-5 мл.

Кровь из вены на биохимическое исследование берется утром натощак.

При разбрызгивании крови пользуйтесь набором «Анти-Спид»

ТЕХНИКА ВНУТРИКОЖНОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Цель: Ввести диагностикум

Показания:

Оценка иммунитета.

Диагностика инфекционных заболеваний.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования.

Оснащение:

Шприц туберкулиновый - 1 мл.

Иглы стерильные для в/к ведения и для набора диагностикума.

Диагностикум-аллерген (тулярин, туберкулин, бруцеллин).

Спирт 70%.

Стерильные ватные шарики.

Стерильный пинцет.

Лоток для использованного материала.

Резиновые перчатки.

Емкость с дез. раствором.

Полотенце

Прозрачная линейка.

Возможные проблемы:

1. Беспокойство, страх.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Проинформируйте о вводимом аллергене.

Помогите пациенту занять нужное положение.

Вымойте руки.

Наденьте перчатки и обработайте их шариком со спиртом.

Соберите шприц и наберите в него 0,1 мл Диагностикума.

Обработайте среднюю треть ладонной поверхности предплечья спиртом, делая мазки в одном направлении.

Обхватите левой рукой предплечья пациента снаружи и натяните кожу в месте инъекции.

Возьмите шприц с иглой в правую руку.
Введите в кожу конец иглы на длину среза, держа ее срезам вверх почти параллельно коже.
Перенесите на поршень левую руку и введите диагностиком.
Извлеките быстрым движением иглу и приложите сухой ватный шарик.
Обработайте шприц, иглы, использованный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.
Объясните пациенту - что на место инъекции не должна попадать вода в течение 24-48-72 часов.

Оценка достигнутых результатов:

Поставлена кожно-аллергическая проба.

Примечание: Пробу читает врач или специально обученная медицинская сестра, для этого используют прозрачную линейку. Пробу учитывают в мм по величине отека.

ВЗЯТИЕ КРОВИ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: Взять и засеять на питательную среду.

Показания: Острые лихорадящие заболевания неясного генеза с температурой выше 37,6° С.

Противопоказания:

Возбуждение пациента.

Судороги.

Оснащение:

Все необходимое для венопункции.

Маска.

Перчатки.

Флакон с желчным бульоном.

Флакон с сахарным бульоном.

Спиртовка, спички.

Возможные проблемы:

Беспокойство, страх.

Негативный настрой.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Возьмите флаконы с питательными средами и определите количество крови для посева. Кровь по отношению к среде нужно набрать 1:10.

Вмойте руки.

Наденьте перчатки и маску, перчатки обработайте шариком со спиртом.

Выполните венопункцию,

Наберите нужное количество крови.

Попросите пациента разжать кулак, снимите жгут.

Извлеките иглу, приложите к месту пунктирования стерильный шарик, смоченный спиртом.

Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе на 5 минут.

Снимите пробку с флакона с желчным бульоном, зажав ее между пятым пальцем левой руки и ладонью.

Обожгите иглу шприца в пламени спиртовки.

Проткните иглой бумагу флакона с желчным бульоном и выпустите в него необходимое количество крови.

Извлеките шприц с иглой из первого флакона.

Обожгите пробку над спиртовкой и закройте флакон.

Снова обожгите иглу шприца над пламенем спиртовки.

Снимите по правилам пробку с флакона с сахарным бульоном.

Проткните иглой бумагу флакона с сахарным бульоном и выпустите в него необходимое количество крови.

Извлеките иглу из флакона.

Обожгите пробку над спиртовкой и закройте флакон.

Выпишите направление и отправьте материал в бак. лабораторию.

Обработайте шприц, иглу, перчатки, стол, жгут, клеенчатую подушечку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Оценка достигнутых результатов:

Взят материал (кровь) для бактериологического исследования и сделан посев.

Примечание:

При взятии крови на исследование в вечернее время флаконы хранятся в термостате при температуре 37° С.

При разбрызгивании крови пользуйтесь набором «Анти-Спид».

ВЗЯТИЕ МАЗКА ИЗ ЗЕВА И НОСА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: Взять содержимое из носа и зева, для бактериологического исследования.

Показания: По назначению врача.

Противопоказания: Нет

Оснащение:

Стерильная пробирка с сухим ватным тампоном.

Стерильный шпатель.

Перчатки резиновые.

Маска.

Направление в бактериологическую лабораторию.

Штатив для пробирок.

Дезинфицирующие растворы.

Емкости для дезинфекции.

Стеклограф.

Возможные проблемы пациента:

Неприязнь и страх.

Не может открыть рот, ожог кожи и др.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Вмойте руки.

Наденьте маску и перчатки.

Усадите пациента лицом к источнику света.

I. При взятии содержимого из носа:

Попросите пациента слегка запрокинуть голову.

Возьмите пробирку с сухим ватным тампоном в левую руку, а правой рукой извлеките тампон из пробирки (ваши пальцы должны касаться только пробирки, в которую вмонтирован тампон)

Введите тампон вглубь левой, затем правой полости носа.

Извлеките и введите тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.

Промаркируйте пробирку стеклоглафом буквой «Н».

Снимите перчатки и маску.

Обработайте перчатки и маску в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Вымойте руки.

Заполните направление.

Доставьте пробирку в лабораторию или поставьте в холодильник (пробирку можно хранить в холодильнике не более 2-3 часов).

II При взятии содержимого из зева:

Попросите пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот.

Возьмите в левую руку пробирку с сухим тампоном и шпатель.

Попросите пациента открыть рот.

Надавите левой рукой со шпателем на язык, а правой рукой извлеките из пробирки стерильный тампон.

Проведите этим тампоном по дужкам и небным миндалинам, не касаясь слизистой языка и полости рта.

Извлеките тампон из полости рта и введите его в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.

Промаркируйте пробирку стеклоглафом буквой «З».

Снимите маску и перчатки.

Обработайте маску, перчатки и шпатель в соответствии с требованиями Санэпидрежима.

Вымойте руки.

Заполните направление, отправьте пробирку в лабораторию.

Оценка достигнутых результатов.

Материал на бактериологическое исследование взят и отправлен в лабораторию.

Примечание.

Пробирку надо доставить в лабораторию не позднее 2-х часов с момента взятия мазка

Мазок из зева брать не ранее, чем через 2 часа после еды.

При наличии налетов материал забирают на границе пораженных и здоровых тканей.

ВЗЯТИЕ КАЛА НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель: Собрать 1-3 гр. кала в стерильную пробирку.

Показания: Инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта.

Противопоказания: Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

Оснащение:

Стерильная пробирка с консервантом, опущенной в него деревянной палочкой с ватным тампоном и закрытая ватно-марлевой пробкой.

Стерильная Стеклопалочка или ложка.

Резиновые перчатки.

Подкладная клеёнка.

Штатив.

Направление в бактериологическую лабораторию.

Возможные проблемы пациента:

Отказ пациента от процедуры.

Воспалительный процесс в области анального отверстия и др.

Последовательность действий м/с с обеспечением безопасностью и окружающей среды:

Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

Вымойте руки и наденьте перчатки.

Уложите пациента на левый бок, с согнутыми в коленях ногами.

Подложите под таз клеенку.

Достаньте из пробирки деревянную палочку с ватным тампоном и, приподняв ягодицу вращательным движением, введите палочку в прямую кишку на 5-6 см.

Извлеките осторожно палочку и погрузите ее в стерильную пробирку с консервантом, не касаясь краев пробирки.

Прикрепите направление к пробирке.

Поставьте пробирку в штатив в специальный контейнер.

Снимите перчатки и обработайте их и клеенку в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Проследите за доставкой пробирки в бак. лабораторию

Оценка достигнутых результатов:

Кал собран в стерильную пробирку и доставлен в бактериологическую лабораторию.

Примечания: В случае если исследуемый материал взят в ночное или вечернее время пробирку с материалом храните в холодильнике, но не более 12-18 часов.

В условиях стационара кал на бактериологическое исследование может быть взят стерильным инструментом (ложка, деревянная палочка), непосредственно из судна сразу же после акта дефекации (судно должно быть тщательно отмыто от дез-средств, сухое).

Материал берётся из наиболее подозрительных мест, но без крови.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 (отлично) – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований; действия выполняются последовательно, в соответствии со стандартом выполнения ППМУ; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4 (хорошо) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени, установленный в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; ошибки в действиях не угрожающие жизни и здоровью пациента исправляются самостоятельно или с уточняющими вопросами педагога, и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

3 (удовлетворительно) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; нарушена последовательность выполнения ТПМУ. Ошибки в действиях, не угрожающие жизни и здоровью пациента, исправляются уточняющими вопросами педагога. Действия неуверенные. Соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима или имеются незначительные нарушения. Соответствие параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10) неполное.

2 (неудовлетворительно) – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить методику простой медицинской услуги. Совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. Нет соответствия параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

Качество медицинской помощи напрямую зависит от организации безопасной больничной среды для пациентов и персонала, которое включает инфекционную безопасность и применение правил эргономики и биомеханики в деятельности сестринского персонала.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

Понятия «инфекционный процесс», «инфекционная болезнь»
Классификации инфекционных заболеваний
Основные клинические синдромы инфекционных болезней.
Лабораторная и инструментальная диагностика инфекционных болезней.
Сущность принципиального подхода к лечению инфекционных больных.
Устройство и режим инфекционной больницы
Организация оказания медицинской помощи инфекционным больным.
Понятие об иммунопрофилактике.
Понятие об медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП), виды МИБП
Национальный календарь профилактических прививок.
Национальный календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.
Активная и пассивная иммунизация.
Показания и противопоказания к вакцинации.

Тема 8. Сестринский уход у пациентов с инфекционными заболеваниями. Особо опасные и карантинные инфекции. Обеспечение инфекционной безопасности общества.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме занятия

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме занятия

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме занятия для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Санитарная охрана территории страны - это ...

- а) система общегосударственных мероприятий (согласно Федеральной целевой программе по охране территории РФ от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний людей, животных и растений);
б) комплекс ведомственных мероприятий (министерств здравоохранения и сельского хозяйства);
в) предотвращения заноса особо опасных инфекций из-за рубежа и распространения их на территорию страны;
г) ограничение и ликвидация очага особо опасных инфекций при их вы-явлении.

2. На какие болезни распространены действия международных медико-санитарных правил?

- а) чума;
б) туляремия;
в) холера
г) сибирская язва
д) желтая лихорадка

3. На какие болезни распространяется действие правил по санитарной охране территории страны?

- а) чума;
б) холера;
в) туляремия;
г) желтая лихорадка;
д) лихорадка Ласса, Марбург, Эбола, Денге, Чикунгунья, долины Рифт и Западного Нила;
е) малярия;
ж) энцефаломиелиты лошадей (западный, восточный, венесуэльский);
з) энцефалиты: японский, калифорнийский, Сент-Луис, долины Муррея;
и) клещевой энцефалит.

4. Международные медико-санитарные правила обязывают органы здравоохранения уведомлять в течение 24 часов ВОЗ (Всемирную Организацию Здравоохранения) о ...

- а) обнаружении вируса желтой лихорадки у комаров и позвоночных,
б) выявлении заражения чумой диких и синантропных грызунов;
в) установлении границ района, зараженного карантинной инфекцией,
г) выявления источника и условий распространения конвенционной болезни,
д) числе случаев заболевания и смерти от карантинной инфекции,
е) принятых противоэпидемических мерах при возникновении карантинных инфекций,
ж) освобождении зараженного района от карантинной инфекции,

з) величине социально-экономического ущерба при возникновении и ликвидации карантинной инфекции;

5. Информировывает ли ВОЗ страны об эпидемиологической ситуации в мире по карантинным инфекциям?

а) да,

б) нет.

6. Медицинский (санитарный) досмотр прибывающих транспортных средств в пунктах пропуска через государственную границу включает

...

а) медицинский осмотр экипажа (команды, бригады) и пассажиров в виде опроса и осмотра;

б) проверку наличия и правильности заполнения санитарных документов (международных свидетельств о прививках, морскую медико-санитарную декларацию, медико-санитарную часть общей декларации воздушного судна, свидетельство о дератизации или об освобождении от нее;

в) обязательную проверку паспортов пассажиров;

г) проверку паспортов и билетов пассажиров по эпидпоказаниям (для выяснения маршрута следования);

д) санитарный осмотр транспортных средств, контейнеров, грузов.

7. Карантин - это ...

а) система административно-ограничительных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полную изоляцию очага особо опасной инфекции, ликвидацию возникших в нем заболеваний и предотвращение распространения за пределы эпидемического очага;

б) специально организуемое медицинское наблюдение, включающее ряд изоляционно-ограничительных мероприятий.

8. Кто устанавливает карантин при конвенционных болезнях?

а) лечебная служба,

б) санитарно-эпидемиологическая служба,

в) органы исполнительной власти по представлению медицинской службы.

9. При завозе особо опасной (карантинной) инфекции всю работу по локализации очага, предупреждению распространения и ликвидации очага на административной территории возглавляет и организует...

а) лечебная служба;

б) санитарно-эпидемиологическая служба;

в) правоохранительные органы;

г) коммунальная служба;

д) санитарно-противоэпидемическая комиссия, в состав которой входят представители органов здравоохранения (лечебная, санитарно-эпидемиологическая, дезинфекционная службы), торговли, сельского хозяйства, транспорта, охраны общественного порядка и мин. обороны.

10. В период карантина возможен...

а) выезд граждан из зоны карантина после прохождения наблюдения;

б) выезд граждан в зону карантина разрешается только в случае острой необходимости;

в) вывоз промышленной, сельскохозяйственной продукции, сырья и других грузов;

г) свободный проезд транспорта через зону карантина;

д) временный запрет на работу школ, кинотеатров и других зрелищных учреждений.

Вариант 2

1. Наблюдение предусматривает

а) изоляцию здоровых лиц на срок максимального инкубационного периода в обсерваторах;

б) изоляцию больных;

в) клиническое наблюдение за изолированными лицами в течение максимального инкубационного периода (для выявления среди них заболевших);

г) лабораторное обследование наблюдаемых лиц для выявления носителей.

2. К карантинным особо опасным инфекциям не относятся

а) холера

б) чума

в) туляремия

г) лихорадка Эбола

3. К инфекционным заболеваниям, протекающим с явлениями нейротоксикоза, не относится

Сальмонеллез

Ботулизм

Столбняк

менингит

4. К инфекционным заболеваниям, протекающим с лихорадкой и сыпью, относится

брюшной тиф

нерсиниоз

грипп

скарлатина

5. К инфекционным заболеваниям, протекающим с преимущественным поражением нервной системы относится

рожа

ботулизм

Сальмонеллез

болезнь Лайма

вирусный гепатит С

6. К инфекционным заболеваниям, протекающим с диареей, относится

вирусный гепатит В

дизентерия

сальмонеллез

пищевая токсикоинфекция

7. К острым кишечным инфекциям относится

а) тропическая малярия

б) бруцеллез

в) сальмонеллез

г) вирусный гепатит В

д) ботулизм

8. Характерным признаком холеры является

а) внезапное начало при нормальной температуре

б) обильные водянистые испражнения и обильная рвота

- в) безболезненная дефекация
- г) осиплость и гнусавость голоса

9. Стул при холере

- а) водянистый, с примесью зелени
- б) водянистый, вида рисового отвара
- в) скудный, с примесью слизи и прожилками крови
- г) обычного характера

10. К начальным лечебным мероприятиям при холере на догоспитальном этапе относится

- а) регидратация
- б) промывание желудка
- в) введение антибиотиков
- г) введение глюкокортикоидных препаратов

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

8-9 правильных ответов - хорошо

6-7 правильных ответов - удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2.Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме занятия

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача 1.

26 августа в Махамбетском районе Гурьевской области Казахстана умерла девочка 6 лет. При вскрытии и бактериологическом исследовании трупного материала диагностирована чума. В ходе эпидемиологического расследования установлено, что девочка заразилась на пастбище, где находилась вместе с родителями-животноводами. К врачу обратились лишь на 4-е сутки болезни, и спасти жизнь ребенка не удалось. Контактные - 63 человека (родственники, медработники) проживают в поселке.

Задание

Перечислите, какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести.

Задача 2.

В поселке Майский, находящемся в зоне природного очага чумы, врач при осмотре больного на дому, на основании эпид. и клинических данных, заподозрил заболевание чумой. Больной по профессии зоотехник. За 5 дней до заболевания выезжал в отдаленный район для оказания ветеринарной помощи заболевшему верблюду. Имеются данные, свидетельствующие об эпизоотическом неблагополучии в зоне данного природного очага. Кроме больного, в семье двое взрослых - мать и отец. Во время посещения врача присутствовала мать больного.

Задание

- а) составьте план первичных мероприятий.
- б) составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге чумы.

Задача 3.

5 июля после 5-дневного нахождения в пути в морской порт Одесса из страны, неблагополучной по холере, прибыл корабль. В трюмах корабля - фруктовые соки в жестяных банках и цитрусовые (апельсины, лимоны), зата- ренные в ящики. На 5 июля сведений о случаях заболевания холерой в порту отправления не имеется. Врачом СКО на основании «Морской санитарной декларации» установлено, что на вторые сутки рейса у 2 членов экипажа отмечены желудочно-кишечные заболевания с многократной рвотой и поносом.

Задание

- а) составьте план противоэпидемических мероприятий.

Задача 4.

В инфекционное отделение курортного города Поти с населением 100 000 человек 12 августа поступил больной - местный житель с диагнозом "пищевая токсикоинфекция". При бактериологическом исследовании выделен холерный вибрион "Эль-Тор". При ретроспективном эпидемиологическом анализе установлено следующее:

- 1) В июле этого года заболеваемость острыми желудочно-кишечными инфекциями была в несколько раз выше заболеваемости прошлого года.
- 2) В конце июля в течение 10 дней в порту находился теплоход с ино- странными туристами из различных стран Азии и Африки. В городе, по неполным данным, около 10 000 неорганизованных отдыхающих.

Задание

- а) составьте план противоэпидемических мероприятий.

Задача 5.

11 сентября в 14 ч 30 мин по московскому времени администрация одного из черноморских портов Новороссийска приняла радиogramму, в которой было указано следующее: прибывающее в порт в 21 ч. судно под названием "Норд", принадлежащее одной из азиатских стран, вышло из порта отправления 8 сентября. На борту имеется больной с подозрениями на чуму.

Задание

- а) составьте план противоэпидемических мероприятий

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- 5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
 4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
 3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
 2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия

Задание 3.

Вы медицинская сестра ЛПУ и вами выявлен больной особо опасной инфекцией. Ваши действия.

Алгоритм действий медперсонала при выявлении больного, подозрительного на ООИ

Цель. Средний медперсонал обязан знать схему проведения противоэпидемических мероприятий и выполнять их по распоряжению врача и администрации.

Оснащение.

укладка для профилактики медперсонала,
 укладка для забора материала на исследование,
 укладка с противочумными костюмами,
 дезрастворы

Алгоритм проведения первичных противоэпидемических мероприятий.

I. Меры для изоляции больного по месту его выявления и работа с ним.

При подозрении на ООИ у больного медработники не выходят из помещения, где выявлен больной, до приезда консультантов и осуществляют следующие функции:

Оповещение о подозрении на ООИ по телефону или через дверь (стучом в дверь привлечь внимание находившихся вне очага и на словах через дверь передать информацию).

Запросить все укладки по ООИ (укладка для профилактики медперсонала, укладка для забора материала на исследование, укладка с противочумными костюмами), дезрастворы на себя.

До поступления укладки по экстренной профилактике из подручных средств (марля, вата, бинты и т.д.) сделать маску и её использовать.

До поступления укладки закрыть окна, фрамуги, используя подручные средства (ветошь, простыни и т.д.), закрыть щели в дверях.

При получении упаковок для предупреждения собственного заражения провести экстренную профилактику заражения, надеть противочумный костюм (при холере костюм облегченный – халат, фартук, возможно и без них).

Оклеить окна, двери, вентиляционные решетки лейкопластырем (кроме очага холеры).

Оказать экстренную помощь больному.

Провести забор материала для исследования и подготовить биксы и направления на исследования в баклабораторию.

Провести в помещении текущую дезинфекцию.

II. Меры по предотвращению разноса инфекции.

Зав. отделением, администратор при получении информации о возможности выявления ООИ выполняет следующие функции:

Перекрывает все двери этажа, где выявлен больной, выставляет посты.

Одновременно с этим организует доставку в помещение с больным всех необходимых упаковок, дезсредств и емкостей для них, медикаментов.

Прекращается приём и выписка больных.

Оповещает вышестоящую администрацию о принятых мерах и ждёт дальнейших распоряжений.

Составляются списки контактных больных и медперсонала (учитывая близкий и отдалённый контакт).

С контактными больными в очаге проводится разъяснительная работа о причине их задержки.

Даёт разрешение на вход консультантов в очаг, обеспечивает их необходимыми костюмами.

Выход из очага возможен по разрешению главного врача больницы в установленном порядке.

Задание 4

Вы медицинская сестра и Вам необходимо выбрать, надеть и снять защитный костюм для работы в очаге ООИ и с больным.

Применение защитных костюмов

Цель. Обучение медицинских сестер порядку надевания и снятия защитного костюма.

Оснащение.

Вид выпол. работы	Нозологическая и клиническая формы болезней. Тип костюма			
	1	2	3	4
При работе с больными:	Легочной или септической формами чумы. До установления окончательного диагноза у больных бубонной и кожной форма-ми чумы, КВГЛ, синдрома-ми острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологич.		Бубонной или кожной формами чумы, получающи-ми специфическое лечение.	Холерой с острым диарейным синдромом, с острым синдромом желтухи. При проведении туалета больному надевают резиновые перчатки, а при обработке выделений – маску.
При эвакуации больных:	Чумой, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респир., острым неврологическим			Холерой
При работе в изоляторе:	Для контакта с больными легочной формой чумы; для контактных с больными КВГЛ.			Для контактных с больными бубонной, септической или кожной формами чумы, получаю-щими профилактическое лечение; для контакт-ных с больными холерой.

При проведении текущей и заключительной дезинфекц.	В очаге заболеваний легочной формой чумы; КВГЛ.	В очаге бубонной чумы; в очаге холеры		
При вскрытии трупа:	Погибшего от чумы (дополнительно надевают клеенчатый фартук, нарукавники, вторую пару перчаток).	Погибшего от холеры		
При взятии материала от больного для лаборатор. исследован	На чуму, КВГЛ, Синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологическим.			На холеру, с острым диарейным синдромом, с острым синдромом желтухи (дополнительно надевают резиновые перчатки)
При проведении подворных обходов в очаге Болезней:	Легочной формой чумы; КВГЛ (костюм надевают перед входом в очаг)			Бубонной, кожной, септической формами чумы (диагностированы). Обследующие должны иметь при себе резино-вые перчатки, ватно-марлевые маски, очки, которые надевают до входа в помещение, где при опросе окружающих выявлен подозрительный больной; холерой – мед. халат, косынка.

Костюм надевают в следующем порядке:

комбинезон (пижама);

носки (чулки);

обувь: сапоги, галоши (вместо резиновых сапог (галош) можно использовать бахилы, которые надевают поверх личной обуви);

капюшон (большая косынка) (при необходимости пользоваться фонендоскопом, его надевают перед капюшоном или большой косынкой);

противочумный халат: тесемки у ворота халата, а также пояс халата завязывают сбоку петлей, таким же образом закрепляют тесемки на рукавах;

респиратор

(маску) надевают на лицо так, чтобы были закрыты рот и нос, для чего верхний край маски должен находиться на уровне нижней части орбит, а нижний – заходить под подбородок. Верхние тесемки маски завязывают петлей на затылке, а нижние – на темени (по типу пращевидной повязки). Надев респиратор, по бокам крыльев носа закладывают ватные тампоны;

очки

должны плотно прилегать к капюшону (косынке), стекла должны быть натерты специальным карандашом или кусочком сухого мыла, предупреждающими их запотевание. В месте возможной фильтрации воздуха закладывают ватные тампоны;

перчатки надевают после проверки их на целостность воздухом и в воде;

полотенце закладывают за пояс халата с боку.

Порядок снятия защитного костюма

Защитный костюм после работы снимают в специально выделенном для этого помещении или в той же комнате, где проводилась работа, но после полного обеззараживания комнаты.

Снимают костюм медленно, не торопясь, в следующей последовательности:

в течение 1-2 минут обрабатывают руки в перчатках в дезинфицирующем растворе (предпочтительно быстрого действия) по вирулицидному режиму после снятия каждой детали защитного костюма;

обувь (сапоги, галоши) протирают сверху вниз ватными тампонами, обильно смоченными дезинфицирующим раствором (для каждого сапога применяют отдельный тампон);

медленно вынимают полотенце, выворачивают его наружной поверхностью внутрь и опускают в емкость с дезраствором;

не касаясь открытых частей кожи, вынимают фонендоскоп и обрабатывают 70* спиртом;

очки снимают плавным движением, оттягивая их двумя руками вперед, вверх, за голову и обрабатывают 70* спиртом;

ватно-марлевую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной, и опускают в емкость с дезраствором;

развязывают завязки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развязывают завязки рукавов;

снимают халат, заворачивая наружную часть его внутрь, и опускают в емкость с дезраствором;

снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке, и опускают в емкость с дезраствором;

обмывают обувь (сапоги, галоши) в емкости с дезраствором и снимают, не касаясь их руками;

снимают перчатки, проверяют их на целостность в дезрастворе (но не воздухом!) и оставляют в емкости с дезраствором для обработки рук в перчатках.

После снятия защитного костюма руки обрабатывают 70* спиртом, тщательно моют с мылом в теплой воде.

Для обеззараживания костюма должны быть предусмотрены:

емкость с дезраствором для обработки наружной поверхности обуви (сапог, галош);

емкость с дезраствором для обработки рук в перчатках и перчаток после их использования;

емкость с притертой пробкой с 70* спиртом для обеззараживания очков и фонендоскопа;

емкость с дезраствором для обеззараживания ватно-марлевых масок, халата, косынки (капюшона) и полотенца.

При обеззараживании костюма дезрастворами все его части полностью погружают в раствор.

Примечание. В тех случаях, когда обеззараживание проводят методом автоклавирувания, кипячения или в дезкамере, костюм складывают соответственно в бабки, биксы или камерные мешки, которые снаружи обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 (отлично) – действия выполняются последовательно, в соответствии со стандартом выполнения ТПМУ; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4 (хорошо) – практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени, установленный в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; ошибки в действиях не угрожающие жизни и здоровью пациента исправляются самостоятельно или с уточняющими вопросами педагога, и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

3 (удовлетворительно) – нарушена последовательность выполнения ТПМУ. Ошибки в действиях, не угрожающие жизни и здоровью пациента, исправляются уточняющими вопросами педагога. Действия неуверенные. Соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима или имеются незначительные нарушения. Соответствие параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10) неполное.

2 (неудовлетворительно) – невозможность самостоятельно выполнить методику простой медицинской услуги. Совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. Нет соответствия параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

Качество медицинской помощи напрямую зависит от организации безопасной больничной среды для пациентов и персонала, которое включает инфекционную безопасность и применение правил эргономики и биомеханики в деятельности сестринского персонала.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

- Понятие о карантинных болезнях
- Содержание Международных правил в области здравоохранения.
- Возбудители особо опасных инфекций и их свойства
- Пути и механизмы передачи инфекции
- Клинические проявления у людей разного возраста, осложнения
- Диагностика, лечение особо опасных инфекций
- Сестринский процесс при особо опасных инфекциях
- Профилактика особо опасных инфекций
- Мероприятия в очаге инфекции
- Защита медицинского персонала (применение универсальных и стандартных мер предосторожности, применение защитной одежды).

Тема 9. Сестринский уход в офтальмологии. Методы исследования в офтальмологии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме занятия

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме занятия для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Основные отверстия орбиты:

- а) верхняя глазничная щель
- б) нижняя глазничная щель
- в) глазное отверстие
- г) боковые отверстия

2. Образования, проходящие через глазное отверстие:

- а) зрительный нерв
- б) глазная артерия
- в) лицевой нерв
- г) все перечисленные

3. Мышцы,двигающие глаз кверху:

- а) нижняя прямая
- б) верхняя косая
- в) верхняя прямая
- г) нижняя косая

4. Методы лечения близорукости:

- а) медикаментозное
- б) хирургическое
- в) рефлексотерапия
- г) специфического лечения нет

5. Вид и степень астигматизма определяется при:

- а) офтальмометрии
- б) рефрактометрии
- в) скиаскопии
- г) правильного ответа нет

6. Воспаление слизистой оболочки глаза называется:

- а) дакриоциститом
- б) конъюнктивитом
- в) дакриоденитом
- г) блефаритом

7. Характер отделяемого из глаз при гонобленнорее:

- а) мутное, с хлопьями
- б) слизисто-гнойное
- в) цвета мясных помоев
- г) гнойное

8. Симптом, характерный для конъюнктивита:

- а) отек век
- б) гиперемия век
- в) перикорнеальная инъекция сосудов
- г) гиперемия конъюнктивного свода

9. Симптом, характерный для кератита:

- а) гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- б) гиперемия конъюнктивного свода
- в) инфильтрат на роговице
- г) чувство засоренности глаза

10. Кератит – это:

- а) воспаление роговой оболочки
- б) воспаление сосудистой оболочки
- в) воспаление сетчатой оболочки
- г) воспаление конъюнктивы

Вариант 2

1. Мышцы, двигающие глаз книзу:

- а) нижняя прямая
- б) верхняя прямая
- в) нижняя косая
- г) верхняя косая

2. Оболочки глаза:

- а) сосудистая
- б) капсула глаза
- в) плотная, мышечная
- г) все перечисленные

3. Функции склеры:

- а) регулирует поступление света к сетчатке
- б) опорная
- в) защитная
- г) формообразующая

4. Бинокулярное зрение позволяет:

- а) видеть объем предмета
- б) оценивать положение предмета по отношению к себе
- в) различать цвета
- г) все ответы верные

5. Заболевания, при которых нарушается бинокулярное зрение:

- а) косоглазие
- б) катаракта
- в) миопия
- г) дальнозоркость

6. Отек век при дифтерийном конъюнктивите:

- а) плотный
- б) «деревянный», багрово-синюшный
- в) мягкий, гиперемированный
- г) отсутствует

7. Для профилактики гонобленнорей новорожденным закапывают в глаза раствор:

- а) 0,25% левомицетина
- б) 30% сульфацил-натрия
- в) 3% колларгола
- г) фурацилина 1:5000

8. При глаукоме наблюдается:

- а) повышение внутриглазного давления
- б) повышение внутричерепного давления
- в) разжижение стекловидного тела
- г) нет верного ответа

9. Приоритетные проблемы пациента при остром приступе глаукомы:

- а) боль в глазу
- б) головная боль
- в) тошнота и рвота
- г) боль в глазном яблоке, усиливающаяся при пальпации

10. Гемофтальм – это:

- а) кровь в передней камере
- б) кровоизлияние в сетчатку
- в) кровоизлияние в стекловидное тело
- г) кровоизлияние под конъюнктиву

Вариант 3

1. Основная функция собственно сосудистой оболочки глаза:

- а) питание пигментного эпителия
- б) терморегуляция

в) защитная

г) формообразующая

2. Нейроны сетчатки:

а) палочки и колбочки

б) бинокулярные клетки

в) мультиполярные клетки

г) пигментный эпителий

3. Функции колбочек:

а) обеспечивают остроту зрения

б) обеспечивают цветовое зрение

в) обеспечивают светоощущение

г) обеспечивают периферическое зрение

4. Патология аккомодации включает:

а) пресбиопию

б) паралич аккомодации

в) гемианопсию

г) гемералопию

5. Осложнения при высокой некорригированной дальнозоркости:

а) косоглазие

б) амблиопия

в) отслойка сетчатки

г) все перечисленные

6. К заболеваниям слезного аппарата относятся:

а) дакриоцистит, дакриoadенит

б) блефарит, ячмень, халазион

в) кератит, конъюнктивит

г) катаракта, афакия

7. Воспаление роговицы – это:

а) ирит

б) кератит

в) циклит

г) блефарит

8. Механические факторы, предрасполагающие к отслойке сетчатки:

а) контузии

б) проникающие ранения

в) катаракта

г) ношение очков

9. Возможные проблемы пациентов при отслойке сетчатки:

а) «вспышки», «искры» перед глазами

б) «мошки» перед глазами

в) внезапная потеря зрения

г) все перечисленные

10. Основная жалоба при иридоциклите:

а) слезотечение

б) светобоязнь

в) локальная боль

г) ощущение инородного тела в глазу

Вариант 4

1. Острота зрения, принятая за норму:

а) 2,0

б) 1,0

в) 0,5

г) 1,5

2. Острота зрения определяется при помощи:

а) сетки Горяева

б) таблицы Сивцева

в) таблицы Рабкина

г) нет верного ответа

3. Острота зрения определяется с:

а) 15 метров

б) 5 метров

в) 3 метров

г) 2 метров

4. Попеременное отклонение каждого из глаз от совместной фиксации – это:

а) альтернирующее косоглазие

б) монолатеральное косоглазие

в) миопия

г) амблиопия

5. Основная проблема пациента при ячмене век:

а) боль

б) высокая температура

в) снижение зрения

г) снижение аппетита

6. Различают увеиты:

а) при токсоплазмозе

б) ревматический

в) гриппозный

г) при ожирении II и III степени

7. Помутнение хрусталика называется:

- а) катарактой
- б) колобомой
- в) увеитом
- г) глаукомой

7. Характерная жалоба пациента при зрелой катаракте:

- а) отсутствие предметного зрения
- б) выделения из глаза
- в) резь
- г) боль в глазу

8. Основное оперативное вмешательство при дакриоцистите:

- а) пластика слезно-носового канала
- б) дакриоцисториностомия
- в) склеропластика
- г) пластика по Сапежко

9. Главный объективный признак катаракты:

- а) появление сосудов в хрусталике
- б) помутнение хрусталика
- в) изменение формы хрусталика
- г) ослабление рефракции

10. Основные причины экзофтальма:

- а) повышение внутриглазного давления
- б) опухоли орбиты
- в) высокая осложненная близорукость
- г) травмы орбиты

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

8-9 правильных ответов - хорошо

6-7 правильных ответов - удовлетворительно

би менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 1. Подпишите фотографии с изображениями заболеваний глазного яблока.



Рисунок 1 _____



Рисунок 2 _____



Рисунок 3 _____



Рисунок 4 _____



Рисунок 5 _____



Рисунок 6 _____



Рисунок 7 _____



Рисунок 8 _____



Рисунок 9 _____



Рисунок 10 _____

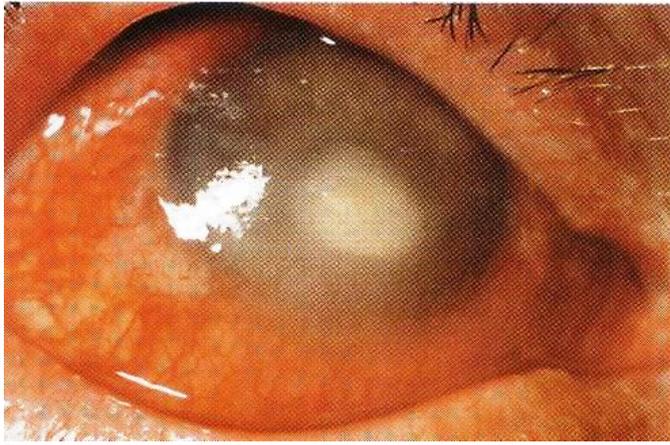


Рисунок 11 _____



Рисунок 12 _____



Рисунок 13 _____

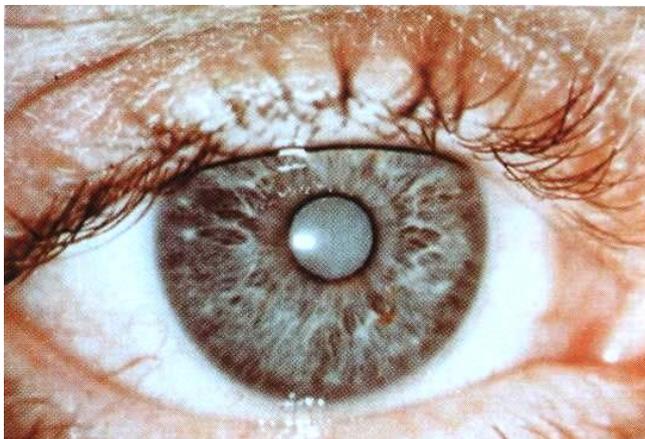


Рисунок 14 _____

Критерии оценки
«Отлично» - все рисунки подписаны правильно

«Хорошо» - правильно подписаны 11-13 рисунков
«Удовлетворительно» - правильно подписаны 8-10 рисунков
«Неудовлетворительно» - правильно подписаны менее 8 рисунков

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия.

Вы медсестра в офтальмологическом кабинете и Вам необходимо выполнить следующие манипуляции

Задание 1

Определение остроты зрения

Цель: диагностическая

Показания: определяет врач

Оснащение.

Стул для пациента

Таблицы:

● Сивцева-Головина, состоящая из букв кириллицы;

● Ландольта, изображающая полукольца (подходит для маленьких детей);

● Снеллена, состоящая из латинских букв;

● специальный вариант для определения этого показателя вблизи.

аппарат Рота

Методика выполнения манипуляции.

Этапы

1. Подготовка:

Указку, не прозрачный экран, аппарат Рота (включить), стул для пациента

2. Подготовка пациента

Усадить пациента на стул на расстоянии 5 метров от таблицы.

Попросите пациента закрыть экраном один глаз (сначала левый, а затем правый).

3. Последовательность действий

Продемонстрируйте ряды таблицы, начиная с первого. Показывайте буквы пациенту, держа указку на середине между двух строк, по центру буквы.

Из каждой строчки демонстрируйте по одной букве, опускаясь вниз, пока пациент не ошибется. Затем поднимайтесь строчкой выше и показывайте буквы этой строки (длительность экспозиции каждого знака 2-3 сек.)

ВНИМАНИЕ! Ряд знаков может быть засчитан, если от первого до пятого включительно ошибок в чтении нет.

При наличии одной ошибки засчитываются 6-8 ряды, а 2-х – девятый и десятый. Но при этом в записях отмечают, что острота зрения не полная. Если острота зрения у пациента хорошая, то можно демонстрировать буквы начиная с 10-й строчки, буквы показывают все в разноряд.

При остроте зрения ниже 0,1 можно попросить пациента подняться и подходить к таблице до тех пор, пока он не увидит буквы 1-ой строчки.

Остроту зрения рассчитать по формуле

$V = d/D$, где V - острота зрения; d – расстояние с которого видит пациент; D – расстояние с которого должен видеть пациент (в этом случае первый ряд)

Можно пациента оставить сидеть на стуле. Тогда демонстрируют оптометры стандартные или на черном фоне показывают белые палочки или пальцы.

При этом медработник подходит к пациенту до тех пор, пока последний не начнет считать пальцы.

Рассчитывается острота зрения (если оптометры не стандартные) по той же формуле. При этом D=50 м (d-всегда меньше 5 м)

При отсутствии форменного зрения исследовать светоощущение и светопроекцию (в темной комнате).

= усадить пациента на стул, источник света за его спиной слева, закрыть экраном один глаз.

= взять офтальмологическое зеркало в правую руку.

= периодически направлять отраженный пучок света на глаз исследуемого. Установить наличие светоощущения.

= направлять отраженный пучок света на глаз исследуемого справа, сверху, снизу. Установить наличие светопроекции.

Записать результаты определения остроты зрения.

Задание 2

Определение объема движений глазного яблока

Цель: диагностическая

Показания: определяет врач

Противопоказания: нет

Оснащение.

Карандаш или ручка (для ребенка игрушка)

Стул

Методика выполнения манипуляции.

1. Предать необходимое положение пациенту

Усадить мать с ребенком перед собой. Мать должна удерживать его голову в неподвижном положении.

2. Выполнение манипуляции

Ребенку нужно показывать какой-нибудь предмет (игрушку) вниз, в сторону, по диагонали и следить за движением его глаз. При нормальной подвижности глазных яблок наружный край роговицы должен доходить (при нормальном отведении) до наружного угла глазной щели. Внутренний край роговой оболочки (при максимальной аддукции) должен доходить до внутреннего угла глазной щели.

4. Завершение манипуляции

Оценить результат.

Задание 3

Алгоритм наружного осмотра век и слезных органов

Цель: диагностическая

Показания: определяет врач

Противопоказания: нет

Оснащение.

Стул

Стерильная стеклянная палочка

Методика выполнения манипуляции.

Провести наружный осмотр и выворот век

Усадить больного лицом к свету. Сесть напротив, отводя свои колени вправо. Осмотреть окружающие глазницу части лица, область слезной железы и слезного мешка. Определить состояние и положение век. При выявлении отека, гиперемии, произвести пальпацию указательными пальцами обеих рук. Осматривая веки, обратить внимание на цвет кожи, толщину края век, направление роста ресниц, состояние и положение слезных точек.

Осмотр слезисто-хрящевого отдела нижнего века

Попросить пациента посмотреть вверх, большим пальцем правой руки, установленным у края века, натянуть кожу книзу. Оттягивая то внутренний, то наружный угол, осмотреть конъюнктиву века и нижнюю переходную складку

4. Обзор слезисто-хрящевого отдела верхнего века

Для обзора верхнего века попросить пациента посмотреть вниз, правой рукой большим и указательным пальцами захватываем ресничный край века, оттягиваем книзу, стеклянной палочкой передавливаем веко и заворачиваем его край на палочку, осматриваем слезистую.

5. Обзор слезного мешка

Внимательно осмотреть области слезного мешка (область под внутренней связкой века). Для обнаружения содержимого в нем надо надавить на область мешка снизу вверх. Содержимое (гной или слизь) будет выдавливаться из слезных точек.

6. Записать выявленные изменения

Задание 4

Колларговая проба

Цель: диагностическая

Показания: проверка проходимости слезных путей.

Противопоказания: отсутствуют.

Оснащение.

Стерильные пипетки,

ватные шарики,

марлевые салфетки,

3% р-р колларгола

Э почкообразный лоток.

полотенце,

деревянные палочки,

физ.раствор.

Методика выполнения манипуляции.

1. Подготовка пациента

Усадить пациента на стул, слегка запрокинув голову назад и предложить произвести несколько мигательных движений.

3. Последовательность действий

3% колларгол закапывать в конъюнктивальный мешок

- дать пациенту марлевую салфетку, которую он приложит к щеке и к носу под исследуемый глаз;

- следить чтобы пациент не оттягивал нижнее веко книзу;

- попросить пациента низко наклонить голову, чтобы жидкость из слезных путей не попала ему в глотку;

- спустя 2 минуты пациент должен посморкаться в марлевую салфетку.

4. **Завершение процедуры и оценка результатов**

Если на марле появиться красящий раствор, то это говорит о нормальной проходимости слезных путей. А если на марлевой салфетке не появился красящий раствор, то пациенту необходимо посморкаться еще через 3 минуты. При отрицательном результате пробы через 5 минут, взять деревянную палочку длиной 10 см, намотать на одном конце палочки ватку, смочить физ.раствором и ввести в нижний носовой ход. Если красителя не видно, то необходимо промыть глаза антисептиком.

Задание 5

Инстилляционная капель

Цель: лечебная

Показания: определяет врач

Противопоказания: индивидуальная непереносимость

Оснащение.

Лекарственное вещество,

стерильные пипетки,

ватные шарики,

стерильный лоток для шариков,

лоток для использованного материала,

стерильные перчатки,

емкость с дез.раствором для обработки пипеток.

Методика выполнения манипуляции.

1. Подготовка пациента

- предупредите пациента о назначенной манипуляции и получите разрешение на ее выполнение

- уточните аллергоanamnez

- объясните поведение во время манипуляции

2. **Последовательность манипуляции**

- перед применением глазных капель/мазей их соответствии назначению, герметичность флакона, срок годности, убедитесь в отсутствии признаков его непригодности;

Придайте необходимое положение больному: усадить или уложить. Голова при этом запрокинута и должна иметь хорошую опору.

- вымойте. высушите руки;

- наденьте перчатки;

- наберите пипеткой лекарственное средства из флакона на S стеклянной части. не допуская попадания раствора в резиновую часть пипетки;

- попросите больного посмотреть вверх;

- правую руку зафиксируйте в области лба пациента;

- наклоните пипетку под углом 45° в сторону глаза (к середине нижнего века) так, чтобы кончик пипетки был на расстоянии 2-3 см от глаза и не касаясь ресниц или век выпускаются 1-2 капли лекарственного вещества в конъюнктивальный мешок;

- отпустите нижнее веко и попросите пациента закрыть глаза;

- промокните излишки капель ватным валиком или шариком (салфеткой) у внутреннего угла щели.

3. Завершение процедуры

Весь использованный материал: ватные шарики (марлевые салфетки), перчатки подвергаются утилизации. Использованные пипетки, лотки обрабатываются дез.раствором. Промывание глаз с помощью глазной ванночки

Задание 6

Промывание глазного яблока

Цель: лечебная

Показания: определяет врач

Противопоказания: отсутствуют

Оснащение.

Стерильная глазная ванночка,
ватные шарики,
лекарственный раствор,
почкообразный лоток.

Методика выполнения манипуляции.

1. Подготовка пациента

Больной сидит, с соответствующей стороны под нижнюю челюсть подставляют лоток, удерживая противоположной рукой глаз, что промывают.

2. Последовательность действий

Наполнить глазную ванночку для промывания лекарственным раствором, дать ее больному.

Больного просят наклонить голову вниз и плотно прижать ванночку к тканям окружающим глаза. Удерживая одной рукой ванночку в таком положении, пациент медленно отбрасывает голову назад, после чего открывает орошенный глаз и делает мигающие движения в течение 5 минут.

Больной опять наклоняет голову и убирает ванночку и лоток. Подсушить веки и лицо.

3. Завершение процедуры

Весь использованный материал, перчатки, ватные шарики, глазную ванночку, почкообразный лоток замачивают в дез. растворе.

Задание 7

Закладывание мази за веко

Цель: лечебная

Показания: лечение конъюнктивитов, кератитов, иридоциклитов.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость.

Оснащение.

Мази: 1% тетрациклиновая мазь,
0,5% гидрокортизоновая мазь;
стеклянные палочки.

Методика выполнения манипуляции.

1. Подготовка больного

Больного усаживаем на стул и немного запрокидываем голову назад.

2. Последовательность действий

Нижнее веко оттягивают книзу и в область нижней переходной складки помешают конец стеклянной палочки, на которую предварительно берут небольшое количество мази. Лопаточку стеклянной палочки окунают за нижнее веко плазом; после того, как больной закрыл веко, стеклянную палочку вынимают. Ватным тампоном слегка массируют глазное яблоко и удаляют остатки мази.

3. Завершение процедуры

Весь использованный материал, перчатки, ватные шарики, стеклянные палочки замачивают в дез. растворе.

Критерии оценки практических знаний и умений:

5 (отлично) – владение всем перечнем навыков, умений и манипуляций в нестандартных ситуациях, способность импровизации в нестандартных ситуациях.

4 (хорошо) - владение всеми навыками, манипуляциями и умениями, предусмотренными учебной программой при ведении больных в классических клинических ситуациях и при выполнении комбинированных заданий, наличие незначительных ошибок;

3 (удовлетворительно) - освоение части практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных программой; способность использовать их при ведении больных в стандартных ситуациях; при этом допускается наличие единичных существенных ошибок при демонстрации навыков и умений.

2 (неудовлетворительно) - не владение или отсутствие четких представлений о выполнении практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных учебной программой; не способность использовать практические навыки и умения в конкретных ситуациях.

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Общие вопросы организации офтальмологической службы;

2. Иметь общее представление о этиологии, патогенезе, симптомокомплексе заболевания органа зрения;

Этапы сестринского процесса; цели сестринского процесса;

роль медицинской сестры в сестринском процессе в офтальмологии.

Понятие об этиологии патогенезе, клинических проявлениях ячменя, блефарита, конъюнктивита, заворота, выворота век, лагофтальма, дакриоцистита, флегмоны слезного мешка;

Этапы сестринского процесса; цель применения сестринского процесса при заболеваниях вспомогательного аппарата глаз.

Понятие об этиологии патогенезе, клинических проявлениях кератита, язвы роговицы, склерита, иридоциклита, катаракты, глаукомы;

Этапы сестринского процесса; цель применения сестринского процесса при заболеваниях глазного яблока.

Тема 10. Сестринский уход в оториноларингологии.

Тип занятия: Практическое (первичное закрепление знаний и умений)

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме занятия

1. Контроль исходного уровня знаний

Задание 1. Выполнение тестовых заданий по теме Сестринский уход в оториноларингологии.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме занятия для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому **внимательно** читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Перегородку носа образует кость

- а) носовая
- б) решетчатая
- в) сошник
- г) небный отросток верхней челюсти.

2. К полости носа не относятся

- а) носовые ходы
- б) носоглоточные миндалины
- в) хоаны
- г) крылья носа.

3. Носослезный канал открывается в носовой ход

- а) нижний
- б) средний
- в) верхний
- г) верхний и средний.

4. В средний носовой ход открывается

- а) носослезный канал
- б) решетчатый лабиринт
- в) верхнечелюстная пазуха
- г) евстахиева труба.

5. Передняя риноскопия – это осмотр

- а) носа
- б) носоглотки
- в) носоглоточных миндалин.
- г) мягкого неба.

6. Для второй стадии острого ринита характерно

- а) слезотечение
- б) сухость и жжение в носоглотке
- в) обильные слизистые выделения из носа
- г) кровянистые выделения из носа

7. При лечении гайморита по назначению врача медсестра вводит антибиотик

- а) капельно интраназально
- б) в гайморову полость
- в) внутримышечно
- г) строго внутривенно

8. Сестринский уход за пациентом с острым ринитом исключает

- а) наложение пращевидной повязки на нос
- б) закапывание капель в нос по назначению врача
- в) смазывание крыльев носа ланолиновым кремом
- г) назначение антибиотиков интраназально

9. Приоритетная проблема пациента с лакunarной ангиной

- а) головная боль
- б) боль в горле при глотании
- в) фебрильная лихорадка
- г) налеты на миндалинах

10. После аденотомии постельный режим соблюдается в течение

- а) 2-х часов
- б) 6-ти часов
- в) 12-ти часов
- г) первых суток

Вариант 2

1. Полость носа от полости рта отделяет кость

- а) носовая
- б) верхняя челюсть
- в) небная
- г) сошник.

2. Сообщение полости носа с носоглоткой осуществляется с помощью

- а) хоан
- б) евстахиевых труб
- в) носовых ходов
- г) мягкого неба.

3. Обонятельный анализатор расположен на уровне носового хода

- а) нижнего
- б) среднего
- в) верхнего
- г) евстахиевых труб.

4. Носослезный канал открывается в носовой ход

- а) верхний
- б) средний

- в) нижний
- г) средний и нижний.

5. Осмотр полости носа называется

- а) передней риноскопией
- б) задней риноскопией
- в) нососкопией.
- г) отоскопией.

6. Для первой стадии острого ринита характерно

- а) слезотечение
- б) сухость и жжение в носоглотке
- в) гнойные выделения из носа
- г) сухие корки в носу

9. При лечении острого ринита по назначению врача медсестра вводит санорин а) капельно интраназально

- б) в гайморову полость
- в) с помощью тампона
- г) шприцем Жанэ Инструкция к тестовым заданиям укажите несколько правильных ответов.

8. В носоглотке располагаются миндалины

- а) трубные
- б) небные
- в) носоглоточные
- г) язычная.

9. Основные симптомы гайморита

- а) потеря обоняния (аносмия)
- б) ноющая боль в области верхнечелюстной пазухи
- в) гнойные выделения из половины носа при наклоне головы.
- г) боль в верхней челюсти

10. Сестринский уход за пациентом с острым гайморитом исключает

- а) введение антибиотика в полость пазухи
- б) закапывание капель в нос
- в) проведение физиотерапевтических процедур по назначению врача
- г) согревающий компресс на область шеи

Критерии оценки

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

8-9 правильных ответов - хорошо

7-8 правильных ответов - удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию

2. Обучающий этап.

Задание 2. Решение ситуационных задач по теме: Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции. Асептика и антисептика.

Для самостоятельной аудиторной работы вам предлагается решить несколько профессиональных задач для отработки и закрепления полученных знаний и умений

Инструкция по выполнению

Внимательно прочитайте задачу и задания к ней

Подготовьте обоснованный ответ, а при необходимости и оснащение для выполнения манипуляций

Задача № 1

В здравпункт обратился мужчина с жалобами на колющую боль в глотке, усиливающуюся при глотании. Вчера ел рыбу, подавился. Глотал корки хлеба, вызывал рвоту. Боль стала менее острой, но не исчезла. При осмотре глотки обнаружено инородное тело (рыбья кость) в паренхиме левой небной миндалины.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 2

В мед. пункт обратилась молодая женщина, которой на прогулке в лесу что-то попало в ухо. Отмечает боль в ухе, жужжание, сильный шум. Прижатие козелка к слуховому проходу несколько облегчает состояние.

Задания

1. Определите состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 3

В мед. пункт доставили женщину, 40 лет, с носовым кровотечением, страдающую гипертонической болезнью II степени. Кровь течет струей из одной половины носа. Состояние больной средней тяжести из-за сильной головной боли. Носовое кровотечение началось 30 мин. назад.

Задания

1. Определите состояние пациентки.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 4

Пациенту произведена операция по поводу рубцового сужения гортани.

Введена трахеостомическая трубка для постоянного ношения. Через 10 дней после операции выписан домой. Во время транспортировки у пациента ухудшилось дыхание.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 5

Спортсмен обратился к медсестре через 1 час после травмы с жалобами на боль в носу, затруднение носового дыхания. Объективно: слизистая оболочка перегородки носа с двух сторон утолщена, гиперемирована, при пальпации ощущается флюктуация. Носовые ходы сужены.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Задача № 5

Больная жалуется на ощущение заложенности носа, водянистые выделения из носа, чихание, слезотечение, першение в горле и повышение температуры тела до 38 °С. Заболела 3 дня назад после переохлаждения. Объективно: кожа наружного носа в области крыльев слегка гиперемирована. Закрытая гнусавость. В носовых ходах - обилие слизистого отделяемого. Носовое дыхание затруднено.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

3. Самостоятельная работа студентов на занятии

Алгоритм выполнения практических манипуляций по теме занятия

Вы медицинская сестра оториноларингологического кабинета и Вам необходимо выполнить следующие манипуляции.

Задание 1

Техника удаления инородного тела из наружного слухового прохода

Цель: удаление инородного тела из наружного слухового прохода

Оснащение:

70 % спирта
шприц Жане
почкообразный лоток
ушное зеркало
рефлектор

Алгоритм выполнения манипуляции

Определить величину, форму и характер инородного тела – осмотр наружного слухового прохода с помощью ушного зеркала и рефлектора

Усадить пациента на стул и объяснить суть предстоящей процедуры

Набрать в шприц Жане теплую воду температурой 37°С (чтобы не было раздражения вестибулярного аппарата) или раствор антисептика, если имеется перфорация барабанной перепонки. Под ушной раковиной пациента поместить почкообразный лоток.

Кончик шприца уложить на нижний край вырезки ушной раковины в начальной части слухового прохода, предварительно оттянув ушную раковину кверху и кзади.

Толчкообразными движениями поршня направить струю воды вдоль задневерхней стенки слухового прохода.

Удалить остатки промывной жидкости из слухового прохода ватничком.

Набухшие инородные тела (горох, бобы, фасоль и т.д.) должны быть предварительно обезвожены вливанием 70 % спирта в слуховой проход в течение 2—3 дней, в результате чего они сморщиваются и удаляются без особого труда промыванием. Насекомых при попадании в ухо умерщвляют вливанием в слуховой проход нескольких капель чистого спирта или подогретого жидкого масла, а затем удаляют промыванием.

Задание 2

Техника удаления инородного тела из полости носа

Цель: удаление инородного тела из полости носа

Оснащение:

носое зеркало
лобный рефлектор
пинцеты,
кровоостанавливающие зажимы и зажимы Кохера,
небольшие тупые крючки,
катетеры Фолея 5–8
катетер Фогарти для желчных путей № 6,
набор для обеспечения проходимости дыхательных путей
набор для отсасывания
1% лидокаина
0,5% фенилэфрина.

Алгоритм выполнения манипуляции

1. Успокоить пациента, попросить его сотрудничать и дышать через рот. Мать маленького ребенка попросите положить его на коленях. Старшие дети и взрослые могут сидеть с головой, наклоненной вперед, в «нюхающей позе».

2. Выполните местную анестезию, закапав в ноздрю несколько капель 1% лидокаина и 0,5% фенилэфрина.

4. Попробуйте удалить инородное тело.

1) Мягкие предметы, плотно заполняющие всю полость носа, можно удалить сильно вдвывая воздух в рот пациенту техникой рот в рот либо с помощью лицевой маски с мешком типа Амбу, крепко прижав ее вокруг рта, одновременно зажимая крыло носа со здоровой стороны.

2) Твердый, не крошащийся угловатый предмет попробуйте удалить пинцетом, кровоостанавливающим зажимом либо гладким крючком, но только, если оно не слишком сильно вклинилось и это можно сделать под визуальным контролем без риска протолкнуть инородное тело глубже.

3) Предметы округлой формы захватить инструментом практически невозможно и они легче могут проталкиваться глубже, что приводит к аспирации – для этого можете использовать:

- тонкий катетер Фолея (5–8 F). После проверки баллончика на герметичность, и смазав катетер гелем с лидокаином, под визуальным контролем введите его глубоко в полость носа по верхнему краю над вклинившимся инородным телом, осторожно, стараясь не пропихнуть его глубже. Когда баллончик катетера зайдет за инородное тело, наполните его 2 мл воды (3 мл у старших детей и взрослых) и аккуратно потянув за катетер извлеките инородное тело наружу.

б) с помощью отсоса, создающего вакуум 100–140 мм рт.ст., соединенного с катетером, конец которого плотно прилегает к инородному предмету. Отсасывание является особенно полезным в случае измельченных инородных предметов, напр. раздробленных таблеток.

4) Если вы предполагаете, что риск смещения инородного тела в сторону глотки очень велик, то перед тем, как удалить предмет, выполните общий наркоз и эндотрахеальную интубацию, чтобы предотвратить аспирацию в нижние дыхательные пути.

5. В случае неудачной попытки и необходимости длительной транспортировки до больницы, вы можете ввести катетер Фолея со здоровой стороны до носоглотки, там заполнить баллончик большим количеством жидкости (~5 мл) и потянуть до упора – это защитит от случайного смещения инородного тела вглубь.

6. Всегда проверяйте второй носовой ход и слуховые каналы, а в случае возникновения сомнений относительно полного удаления инородного тела → направьте на консультацию к специалисту.

Запрещается:

- 1) пренебрегать односторонними выделениями из носа у ребенка
- 2) пытаться удалить инородное тело без визуального контроля и без предварительной местной анестезии
- 3) заталкивать инородное тело глубоко в нос, потому что это может вызвать его смещение в носоглотку и аспирацию в бронхиальное дерево.

Задание

Техника остановки носового кровотечения

Показания: остановка кровотечения из носа

Причины носовых кровотечений:

- повреждения слизистой оболочки носа
- [воспалительные заболевания носа](#)
- [новообразования](#) полости носа
- геморрагические диатезы
- [пороки сердца](#)
- [гипертонической болезни \(кризы\)](#)
- применение назального спрея, аллергические реакции и многие другие

Оснащение:

- резиновые перчатки
- лоток,
- лед,
- салфетка,
- клеенка
- бикс с перевязочным материалом (турунды), бинт
- флакон с 3 % раствором перекиси водорода, емкость с 3 % раствором хлорамина
- сухая хлорная известь

Подготовка пациента:

Надеть резиновые перчатки

Усадить пациента, слегка наклонив его голову вперед

Дать пациенту лоток для сбора крови

Успокоить пациента и предупредить, чтобы кровь, поступающую в рот, он выплевывал в лоток — это дает возможность судить об обильности кровотечения

Примечание. При невозможности усадить пациента, его укладывают на бок или на живот, что предупреждает попадание крови в желудок и затекание крови в органы дыхания. Лоток поставить на клеенку у лица пациента.

Алгоритм выполнения манипуляции

Завернуть в салфетку кусок льда и наложить на область носа и переносицы

Прижать крылья носа к перегородке на 3-5 минут двумя пальцами (первым и указательным), если кровотечение не останавливается

Смочить марлевые турунды в 3 % растворе перекиси водорода и ввести в передний отдел носовых ходов

Смочить марлевые турунды в 3% растворе перекиси водорода и ввести с помощью пинцета глубоко в передний отдел носа на 24-48 часов при продолжающемся кровотечении.

Наложить пращевидную повязку на нос.

Засыпать кровь в лотке сухой хлорной известью в пропорции 1:5 на 1 час.

Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Госпитализировать в стационар, транспортировать пациента на носилках в полусидящем положении.

Примечание. При отсутствии эффекта провести глубокую тампонаду с 3% раствором перекиси водорода. Для окончательной остановки кровотечения передняя тампонада носа дополняется задней тампонадой, которую выполняет в лечебном учреждении врач

5 (отлично) – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований; действия выполняются последовательно, в соответствии со стандартом выполнения ТПМУ; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4 (хорошо) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; практические действия выполняются последовательно, но неуверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени, установленный в соответствии с коэффициентом УЕТ медицинской сестры; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима; ошибки в действиях не угрожающие жизни и здоровью пациента исправляются самостоятельно или с уточняющими вопросами педагога, и в целом соответствует параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

3 (удовлетворительно) – рабочее место оснащается не полностью для выполнения медицинской услуги; нарушена последовательность выполнения ТПМУ. Ошибки в действиях, не угрожающие жизни и здоровью пациента, исправляются уточняющими вопросами педагога. Действия неуверенные. Соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место содержится в соответствии с требованиями санэпидрежима или имеются незначительные нарушения. Соответствие параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10) неполное.

2 (неудовлетворительно) – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить методику простой медицинской услуги. Совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами. Нет соответствия параметрам оценки и контроля качества методики (раздел 10).

4. Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

Анатомия и физиология органа слуха
Анатомия и физиология носа
Анатомия и физиология глотки, гортани, трахеи, пищевода
Сестринский уход при заболеваниях носа и придаточных пазух.
Сестринский уход при заболеваниях уха.
Сестринский уход при заболеваниях глотки, гортани, трахеи, пищевода.

2.2. МДК.02.02 ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Тема занятия № 1. Физиотерапия: аппаратная физиотерапия. Водолечение и теплечение в реабилитации. Организация работы в ФТО (к). Роль сестринской службы. 4 часа

Цель практического занятия: закрепление знаний и приобретение умений по применению физиотерапевтических методов.

Контрольные вопросы:

Перечень контрольных вопросов по теме практического занятия:

Определение физиотерапии.

Классификация физических факторов.

Что входит в группу перформированных физических факторов?

Какие перформированные факторы назначаются на стационарном этапе медицинской реабилитации?

Какие перформированные факторы назначаются на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации?

Что входит в группу природных физических факторов?

Какие природные факторы назначаются на этапе медицинской реабилитации?

Общие механизмы физиологического действия физических факторов.

В чем заключается последовательность (преемственность) применения физических факторов на этапах медицинской реабилитации?

10. Общие показания и противопоказания к назначению физических факторов.

11. Применение физиотерапевтических факторов: постоянные электрические токи, переменные электрические токи, электрическое поле, магнитное поле, электромагнитное излучение радиочастотного диапазона, электромагнитное излучение оптического диапазона, механические напряжения, инвазивные - акупунктура, механические колебания.

12. Организация работы медицинской сестры в физиотерапевтическом отделении (кабинете).

13. Правила заполнения документации ФТО: карта, направление на физиолечение (ф.044\у), паспорт отделения, журнал регистрации больных.

Тестовый контроль:

1. Физиотерапевтическими подразделениями являются:

А. Физиотерапевтический кабинет

Б. Физиотерапевтическое отделение

В. Санаторий-профилакторий

2. Какие аппараты должны находиться в ФТ кабинете?

А. Портативный аппарат УВЧ-терапии

Б. Аппарат для гальванизации и лекарственного электрофореза

В. Аппарат ультразвуковой терапии

Г. Стандартные высокочастотные аппараты

3. В чем заключаются должностные обязанности среднего медицинского персонала ФТО?

А. Подготовка больного к проведению процедуры

Б. Измерение температуры тела

В. Проведение процедуры

Г. Измерение АД при необходимости

4. Могут ли физиотерапевтические подразделения входить в состав реабилитационного центра?

А. Да

Б. Нет

5. Правила техники безопасности в ФТО:

А. Заземление аппаратов

Б. Снятие металлических предметов перед процедурой

В. Исправность аппаратов

Г. Все вышеперечисленное

6. Какие неотложные состояния могут возникнуть при проведении физиотерапевтических процедур?

А. Перелом бедра

Б. Электрохимический ожог

В. Электротравма

Г. Все вышеперечисленное

7. Этапы сестринского процесса в ФТО:

А. Обследование пациентов

Б. Выставление сестринского диагноза

В. Планирование медицинской помощи

Г. Выполнение лечебных процедур

Д. Оценка полученных результатов

Е. Все перечисленное

8. На каких этапах медицинской реабилитации назначают физические факторы?

А. Только на стационарном лечении

- Б. На стационарном этапе
- В. Амбулаторно-поликлиническом этапе
- Г. Санаторном этапе
- Д. Правильно Б, В, Г

9. В основе механизма действия гальванизации лежит процесс:

- А. Образование вихревых токов
- Б. Микромассаж на уровне клетки
- В. Поляризации

10. Показания к гальванизации:

- А. Острый гнойный гайморит
- Б. Острый трахеобронхит
- В. Язвенная болезнь ДПК

11. В реабилитации каких заболеваний назначают электросон?

- А. Неврозы
- Б. Гипертоническая болезнь 1-11 ст.
- В. Угроза выкидыша при беременности
- Г. Все перечисленное

12. В реабилитации каких заболеваний назначают импульсные токи?

- А. Заболевания опорно-двигательного аппарата
- Б. Заболевания периферической нервной системы
- В. Гинекологические заболевания
- Г. Все вышеперечисленное

13. В реабилитации каких заболеваний используют методики лекарственного электрофореза?

- А. Заболевания органов дыхания
- Б. Гипертоническая болезнь
- В. Гинекологические заболевания
- Г. Все вышеперечисленное

14. Основные лечебные эффекты электросна:

- А. Седативный
- Б. Снижение возбуждения
- В. Повышение АД

15. Основные лечебные эффекты преформированных физических факторов в реабилитации различных заболеваний:

- А. Противовоспалительный
- Б. Рассасывающий
- В. Седативный
- Г. Резко возбуждающий

16. При гальванизации больной ощущает под электродами:

- А. Сильное жжение
- Б. Вибрацию
- В. Покалывание
- Г. Теплообразование

17. Этапы сестринского процесса в кабинете электролечения ФТО:

- А. Обследование пациента
- Б. Планирование помощи
- В. Выполнение физиотерапевтических методик
- Г. Оценка результатов

18. Способы фиксации электродов при электролечении:

- А. С помощью бинтов
- Б. Мешочками с песком
- В. Тяжестью тела больного

19. Основные лечебные эффекты магнитотерапии:

- А. Седативный
- Б. Повышение АД
- В. Снижение АД

20. В реабилитации каких заболеваний используют методики ультразвуковой терапии?

- А. Заболевания опорно-двигательного аппарата
- Б. Заболевания ЖКТ
- В. Гинекологические заболевания

Г. Заболевания, сопровождающиеся выраженной лихорадкой

21. В реабилитации каких заболеваний используют методики магнитотерапии?

- А. Гинекологические заболевания
- Б. Выраженная декомпенсация сердечной деятельности
- В. Остеохондроз позвоночника
- Г. Грипп с $t-39^{\circ}\text{C}$

22. В лечении каких заболеваний применяют методики УВЧ-терапии?

- А. ЛОР-заболевания
- Б. Активный туберкулез
- В. Онкологические заболевания
- Г. Заболевания суставов

23. В реабилитации каких заболеваний применяют методики

микроволновой терапии?

- А. Заболевания суставов
- Б. Хронический холецистит
- В. Хронический сальпингофорит
- Г. Активный туберкулез

24. Противопоказания для назначения микроволновой, УВЧ-терапии:

- А. Лихорадочное состояние $t > 39^{\circ} \text{C}$
- Б. Онкологические заболевания
- В. Ревматоидный артрит
- Г. Острый отит

25. При выполнении методик магнитотерапии, ультразвуковой терапии действия медсестры заключаются в следующем:

- А. Подготовить пациента к проведению процедуры
- Б. Проведение процедуры
- В. Наблюдение за пациентом при проведении процедуры
- Г. Заполнение медицинской документации
- Д. Все перечисленное

26. При проведении УВЧ-терапии больной должен ощущать:

- А. Слабое тепло
- Б. Жжение
- В. Покалывание
- Г. Вибрацию

27. При проведении ультразвуковой терапии в качестве контактной среды применяют:

- А. Вазелин
- Б. Лечебные мази
- В. Воду
- Г. Все перечисленное

28. В реабилитации каких заболеваний используют методики лазеротерапии?

- А. Язвенная болезнь ДПК
- Б. Гинекологические заболевания
- В. Злокачественная опухоль
- Г. Трофические язвы

29. В реабилитации каких заболеваний используют методики ИК — излучения?

- А. ЛОР — заболевания
- Б. Остеохондроз
- В. Лихорадочные состояния ($t > 39^{\circ} \text{C}$)
- Г. Активный туберкулез

30. В реабилитации каких заболеваний используют методики УФ - излучения?

- А. Системная красная волчанка
- Б. Корешковый синдром при остеохондрозе
- В. Острый трахеобронхит
- Г. Псориаз

31. Лечебные эффекты лазеротерапии:

- А. Противовоспалительный
- Б. Рассасывающий
- В. Трофический
- Г. Все перечисленное

32. Лечебные эффекты УФ - излучения:

- А. Противовоспалительный
- Б. Седативный
- В. Резко возбуждающий
- Г. Повышает иммунитет

Ситуационные задачи:

Задача №1

В работе медсестры физиоотделения отмечаются неполадки с аппаратом. Вопросы:

1. Какова тактика медсестры в данной ситуации?
2. Основные должностные обязанности медсестры физиокабинета

Задача №2

В кабинет физиолечения пришла больная и перед процедурой не сняла металлические предметы.

Вопросы:

1. Можно ли проводить медсестре процедуру?
2. Какова тактика медсестры в данной ситуации?

Задача №3

Молодая женщина 25 лет обратилась к участковому терапевту поликлиники с жалобами на эмоциональную лабильность, раздражительность, плохой сон, тахикардию в покое и при физической нагрузке, слабость, снижение работоспособности. При обследовании выставлен диагноз: Вегетососудистая дистония, назначена седативная терапия, физиотерапия.

Вопросы:

1. Какие преформированные физические факторы может рекомендовать медсестра с седативной целью?
2. Можно ли в данной ситуации рекомендовать ДДТ-терапию?

Задача №4

Больная К. 55 лет находится на диспансерном учете у эндокринолога поликлиники с диагнозом: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), ангиопатии нижних конечностей. Коррекция сахара проводится сахароснижающим препаратом (манинил). В данный момент беспокоят периодические парестезии, онемение некоторых пальцев стоп.

Вопросы:

- Перечислите основные правила реабилитации больных сахарным диабетом.
- Перечислите этапы медицинской реабилитации больных сахарным диабетом.
- Какие физические факторы может рекомендовать медсестра в лечении ангиопатии нижних конечностей?

Задача №5

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника. Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики,

нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

Какие физические факторы можно назначить в данной ситуации с целью купирования болевого синдрома?

Можно ли в данной ситуации назначить методики постоянного тока?

Какие методики светолечения можно рекомендовать в данной ситуации?

Задача № 6

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника.

Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1.Какие физические факторы можно назначить в данной ситуации с целью купирования болевого синдрома?

2.Можно ли в данной ситуации назначить Дарсонвализацию?

3. Какие методики светолечения можно рекомендовать в данной ситуации?

Эталоны ответов к задачам:

Задача № 1

Данный аппарат нужно убрать из кабинета, на нём работать нельзя, нужно сделать заявку на ремонт медтехнику.

Подготовка пациента к процедуре, проведение процедуры, соблюдение правил техники безопасности, заполнение медицинской документации.

Задача № 2

1.Процедуру проводить нельзя по правилам ТБ.

2. Медсестре следует правильно подготовить больную к процедуре.

№ 3

1. Из преформированных факторов можно рекомендовать лекарственный электрофорез, дарсонвализацию.

2. В данной ситуации рекомендовать ДДТ-терапию не следует, так как она обладает раздражающим действием на ЦНС.

№ 4

1.-раннее начало реабилитационных воздействий;

индивидуальный подход;

непрерывность (этапность);

улучшение «качества жизни»;

профилактика осложнений.

2.- превентивный этап;

стационарный этап;

амбулаторно – поликлинический этап;

санаторно – курортный этап;

метаболический этап.

3. Магнитотерапия, лазеротерапия, лекарственный электрофорез, вихревые ванны.

Задача №5

Ультравысокочастотная терапия, микроволновая терапия, агнитотерапия.

Не рекомендуется ввиду низкой эффективности

УФО, лазеротерапия.

Задача № 6

1. Диадинамические токи, ультрафиолетовое облучение, магнитотерапия.

2. Не рекомендуется ввиду низкой эффективности

3. УФО, лазеротерапия.

Тема № 2. Метод ЛФК. Средства и формы ЛФК. Принципы построения занятий ЛФК. Методы контроля. Алгоритм назначения средств ЛФК.

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по применению методов ЛФК при осуществлении реабилитационных мероприятий. с

Контрольные вопросы:

Показания к проведению ЛФК.

Противопоказания к проведению ЛФК.

Виды оздоровительной физкультуры.

При каких видах патологии рекомендуются дыхательные упражнения?

Сочетание физических нагрузок с другими средствами физиотерапии.

Роль физических упражнений в профилактике заболеваний органов дыхания.

ЛФК при травмах и заболеваниях нервной системы.

Тестовый контроль – выберите один или несколько правильных ответов

1. В реабилитации каких заболеваний используют методики ЛФК?

А. Сколиоз

Б. Остеохондроз

В. Выраженная гипотония

Г. Лихорадка

2. В реабилитации каких заболеваний используют методики ЛФК?

А. Желудочное кровотечение

Б. Диффузионно-токсический зоб

В. Перелом (после снятия голени гипсовой повязки)

Г. Остеоартроз коленных суставов

3. Противопоказания к назначению ЛФК:

А. Тахикардия в покое

Б. Выраженная гипотония

В. Стойкая гипертония

Г. Все перечисленное

4. Противопоказания к назначению ЛФК:

А. Злокачественные новообразования до радикального лечения

Б. Кровотечения любой этиологии

- В. Отсутствие контакта с больным
- Г. Хронический сальпингофорит в стадии ремиссии

5. Кто проводит занятия ЛФК?

А. Медсестра инструктор ЛФК

- Б. Медсестра терапевтического отделения
- В. Акушерка женской консультации

6. В реабилитации детей при каких заболеваниях можно назначить методики ЛФК?

- А. Нарушение осанки
- Б. Ночной диурез
- В. Пневмонии
- Г. Все перечисленное

7. Оснащение кабинета ЛФК:

А. Рабочий стол медсестры

- Б. Тонометр, фонендоскоп
- В. Аптечка для оказания первой помощи
- Г. Мячи, кольца, и др. средства
- Е. Все перечисленное

8. Оснащение кабинета ЛФК:

- А. Гимнастические скамейки
- Б. Тренажер
- В. Кольца, булавы, обручи

Г. Все перечисленное

Виды физических упражнений:

А. Гимнастика

- Б. Игра
- В. Спортивно-прикладные упражнения
- Г. Все перечисленное

10. Формы ЛФК:

- А. Дозированная ходьба
- Б. Теренкур
- В. Оздоровительный бег
- Г. Все перечисленное

Ситуационные задачи:

Задача № 1.

Пациентка П. 45 лет находится на стационарном лечении с Диагнозом: Остеоартроз коленных суставов. Беспокоят боли механического характера (при физической нагрузке), отмечаются явления синовита (покраснение, отечность суставов). Больная получает необходимый объем медикаментозного лечения.

Вопросы:

Можно ли назначить методики ЛФК в данной ситуации при синовите?

Какие методики ЛФК может рекомендовать медсестра после купирования явлений синовита?

В чем будет заключаться реабилитация после выписки из стационара.

Эталоны ответов к задаче № 1

1. В данной ситуации при синовите методики ЛФК противопоказаны.
2. Комплекс физ. упражнений при остеоартрозе суставов.
3. После выписки пациент должен проходить реабилитацию в поликлинике (отделение реабилитации). Продолжить физиолечение, массаж, ЛФК.

Задача № 2

Пациент К. 50 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Обострение остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника.

Беспокоят сильные корешковые боли с иррадиацией в нижние конечности. Пациент получает необходимый объем медикаментозного лечения (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства).

Вопросы:

1. Можно ли в данной ситуации назначить методики ЛФК?
2. Какие методики ЛФК может рекомендовать медсестра после купирования болевого синдрома?
3. На каком этапе медицинской реабилитации целесообразно назначить плавание в бассейне?
4. Какие курорты Сибирского региона может рекомендовать медсестра в дальнейшей реабилитации.

Эталоны ответов к задаче № 2

В данной ситуации при синовите методики ЛФК противопоказаны.

Комплекс физ. упражнений при остеохондрозе.

Плавание в бассейне назначается на санаторно – курортном, амбулаторно – поликлинических этапах на стационарном этапе без наличия болей.

Курорты «О. Учум», «О. Шира», «Белокуриха».

Тема занятия № 3. Реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. 4 часа

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по осуществлению реабилитационных мероприятий у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями Контрольные вопросы:

1. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца (ИБС).
2. Виды реабилитации, этапы реабилитации. Классификация тяжести состояния больных - основа для выбора программы реабилитационных мероприятий.
3. Реабилитация больных с инфарктом миокарда.
4. Реабилитация больных с другими формами ИБС.
5. Реабилитация больных после операции аортокоронарного шунтирования.
6. Реабилитация больных с пороками сердца после реконструктивных операций на сердце.
7. Общие вопросы реабилитации. Роль различных аспектов реабилитации на этапах восстановительного лечения. Программы реабилитации.
8. Реабилитация больных с нейроциркуляторной дистонией и гипертонической болезнью сердца.

Тестовый контроль:

Какие заболевания определяют уровень и динамику смертности от сердечно-сосудистых заболеваний?

А. Гипертоническая болезнь

- Б. Хронические ревматические болезни сердца
 - В. Сосудистые поражения сердца
 - Г. Ишемическая болезнь сердца
2. Какие факторы риска являются ведущими в возникновении ИБС?
- А. Гиперлипидемия
 - Б. Генетические факторы
 - В. Курение табака
 - Г. Артериальная гипертония
3. Какие аспекты реабилитации выделяют при реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями?
- А. Медицинский
 - Б. Физический
 - В. Психологический
 - Г. Экономический
4. Какие подходы применяют при реабилитации больных ИМ?
- А. Комплексное использование всех видов реабилитации
 - Б. Раннее начало реабилитации
 - В. Непрерывность реабилитации
 - Г. Все вышеуказанное
5. Какие аспекты реабилитации реализуются на больничной фазе реабилитации больных с ОИМ?
- А. Медицинский
 - Б. Физический
 - В. Экономический
6. Где проводится санаторная фаза реабилитации больных с ОИМ?
- А. В многопрофильных больницах
 - Б. В кардиологических санаториях
 - В. В реабилитационных центрах
 - Г. В психоневрологических санаториях
7. Какие факторы водолечения используются в реабилитации больных гипертонической болезнью?
- А. Углекислые ванны
 - Б. Восходящий душ
 - В. Хвойножемчужные ванны
 - Г. Соляные ванны
8. Какие факторы водолечения используются в реабилитации больных ИБС?
- А. Углекислые ванны
 - Б. Радоновые ванны
 - В. Йодобромированные ванны
 - Г. Все вышеперечисленное
9. Какие преформированные физические факторы используются в реабилитации больных гипертонической болезнью?
- А. Электросон
 - Б. Гальванизация
 - В. Магнитотерапия
 - Г. Дарсонвализация
10. Какие средства физической реабилитации используются в реабилитации больных с ИБС?
- А. ЛФК
 - Б. Массаж
 - В. Водолечение
 - Г. Преформированные физические факторы

Задача № 1

Мужчина, 58 лет, вызвал скорую помощь по поводу следующих жалоб: появились жгучие боли за грудиной, которые не снимались нитроглицерином.

Из анамнеза стало известно: ранее были боли при физической нагрузке, у врача наблюдался не регулярно, лекарства принимал также нерегулярно. Объективно: АД 80/60 мм РТ. ст, пульс 114 уд в мин, на ЭКГ – подъемы сегмента ST, экстрасистолы.

Вопросы.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. С какого этапа начинается реабилитация в данном случае?
3. Какие виды терапии может рекомендовать медсестра на санаторно-курортном этапе?

Задача № 2

Мужчина, 68 лет, предъявляет жалобы на онемение конечностей, утреннюю скованность, бегание «мурашек» в кистях рук и нижних конечностях.

Объективно: состояние средней тяжести, конечности холодные, походка шаткая. Без остановки может пройти 500 метров.

Из анамнеза: ИБС, гипертоническая болезнь.

Вопросы

1. Поставьте сестринский диагноз.
2. Перечислите основные принципы лечения
3. Какое физиолечение может рекомендовать медсестра в данном случае?

Эталонные ответы:

Задача №1.

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда
2. Догоспитальный этап (кардиобригада).
3. При стабилизации клинической картины, санаторно-курортное лечение в Красноярском Загорье, Белокурихе. (углекислые, радоновые ванны).

Задача № 2

1. Онемение конечностей, утренняя скованность и др.
2. Медикаментозное, немедикаментозное лечение, физиолечение, ЛФК.
3. Магнитно-лазерная терапия;
 - Барокамера;
 - ЛФК, водолечение - радоновые, сероводородные ванны, санаторно-курортное лечение – Красноярское Загорье.

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по осуществлению реабилитационных мероприятий у больных с патологией дыхательной и пищеварительной систем

Контрольные вопросы:

1. Основные принципы реабилитации при заболеваниях органов дыхания.
2. Перечислите основные задачи лечебной гимнастики при заболеваниях органов дыхания.
3. В чём заключается медико-социальная значимость заболеваний органов дыхания?
4. Диетотерапия хронического холецистита.
5. Какие травы (фитотерапия) назначаются в реабилитации хронического холецистита
6. Основные группы медикаментозной терапии в реабилитации хронических холециститов.
7. Принципы реабилитации больных дискинезиями ЖВП.
8. Методика назначения минеральной воды для приема внутрь при хронических гепатитах, холециститах?
9. Какие физические факторы назначаются больным хроническим холециститом?
10. Какие методики водолечения можно рекомендовать больным с заболеваниями печени и кишечника?
11. По какой методике назначается внутренний прием минеральной воды при спастической дискинезии кишечника?
12. курорты при заболеваниях органов дыхания, желудка, печени и кишечника
13. Диетотерапия, фитотерапия при запорах.

Тестовый контроль:

1. Какие препараты назначают на стационарном этапе лечения больных острой пневмонией?

А. Антибактериальные препараты

Б. Иммуностимуляторы

В. Бронхолитики

Г. Все перечисленное

2. Что из перечисленных физических факторов следует назначать больным острым трахеобронхитом?

А. Ультразвуковая терапия

Б. Гальванизация грудной клетки

В. УФО грудной клетки

Г. УВЧ-терапия грудной клетки

3. Какие методы лечения показаны больным при обострении хронического обструктивного бронхита?

А. Массаж

Б. Физиотерапия

В. Медикаментозная терапия

Г. Все перечисленное

4. Что показано на поликлиническом этапе реабилитации больных острой пневмонией?

А. Антибиотики

Б. Витамины

В. Иммуностимуляторы

Г. Физиолечение

5. Какие методы лечения назначаются больным бронхиальной астмой на

стационарном этапе реабилитации?

А. Медикаментозная терапия

Б. Физиотерапия

В. ЛФК, массаж

Г. Все перечисленное

6. Цель амбулаторно-поликлинического этапа в реабилитации больных пищеварительной системы :

А. Профилактика рецидивов и прогрессирование заболевания

Б. Завершение патологического процесса

В. Спасение жизни человека

Г. Борьба с факторами риска

Ответы на тесты:

1 —Г

2 —В, Г

3 —Г

4 —Б, В, Г

5- Г

6- Б

Ситуационные задачи:

Задача №1

Больной 40 лет. В течение последних 3 месяцев появились жалобы на дискомфорт в эпигастральной области, изжогу, периодическую рвоту после еды.

Из анамнеза известно, что последние 2 года больной принимал курсовые лечения нестероидными противовоспалительными препаратами.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовые, гемодинамика стабильная, при пальпации живота – локальная болезненность в эпигастрии.

Вопросы:

О каком заболевании идет речь?

Укажите возможную причину данного заболевания

О каких возможных осложнениях должна проинформировать медсестра данного пациента?

Какие курорты может рекомендовать медсестра больному в дальнейшей реабилитации?

ЗАДАЧА №2

Больная 45 лет. Остро, внезапно после обильной жирной пищи появилась неукротимая рвота, опоясывающие боли.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные.

При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, локальное напряжение мышц живота.

Вопросы:

О каком заболевании идет речь?

Укажите возможную причину данного заболевания

В чем заключается неотложная доврачебная помощь в данном случае?

В чем заключается дальнейшая реабилитация пациента после выписки из стационара?

Задача № 3

Пациент К. 40 лет находился на стационарном лечении с Диагнозом: Язвенная болезнь луковицы ДПК в стадии обострения. В стационаре получал медикаментозное лечение, физиолечение. Выписался в удовлетворительном состоянии, язвенный дефект зарубцевался, анализы без особенностей.

Вопросы:

1. В чем заключается дальнейшая реабилитация данного пациента?
2. Какую минеральную воду для внутреннего приема и по какой методике может рекомендовать медсестра данному пациенту?
3. Какие курорты Сибирского региона может рекомендовать медсестра в дальнейшей реабилитации?

Эталоны ответов:

Задача №1

Язвенная болезнь желудка.

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Кровотечение, перфорация, малигнизация

Курорты озера « Учум», «Шира», курорты « Красноярское Загорье», «Белокуриха».

Задача №2

О. панкреатит.

Погрешности в диете.

Госпитализация, голод, холодная грелка на живот.

Беседа с больным о его заболевании, о профилактике рецидивов, наблюдение за общим состоянием больного, соблюдение личной гигиены.

Задача №3

В период ремиссии пелоидотерапию назначить можно по общепринятой методике.

Минеральная вода преимущественно с содержанием гидрокарбонатных ионов для ошелачивания («Кожановская», «Боржоми», «Нарзан», и др.); назначается по 100-200 мл теплая, без газа, за 30-40 мин до еды 3 раза в день.

Курорты – Шира, Учум, Белокуриха, Красноярское Загорье, Кисловодск и др.

Тема № 5. Реабилитация больных с патологией мочевыделительной и эндокринной систем. 4 часа

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по осуществлению реабилитационных мероприятий у больных с патологией мочевыделительной и эндокринной систем

Контрольные вопросы:

1. Виды реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.
2. Медицинская реабилитация больных с хроническим пиелонефритом.
3. Показания к физической реабилитации больных с патологией почек и мочевыводящей системы.
4. Основы реабилитации больных ожирением, сахарным диабетом

Тестовый контроль

1. Общие правила проведения реабилитационных мероприятий больных с патологией почек и мочевыводящей системы:

А. Раннее начало

Б. Непрерывность, этапность

В. Комплексный подход

Г. Индивидуальный подход

Д. Все верно

2. Основные показания на курорте «озеро Учум» в реабилитации больных гинекологического профиля:

А. Хронический сальпингоофорит в ст. ремиссии

Б. Первичное бесплодие

В. Острый гнойный сальпингоофорит

Г. Маточное кровотечение

Д. Верно а, б

3. К 3-му этапу мед реабилитации относится:

А. Стационарный

Б. Санаторно-курортный

В. Амбулаторно-поликлинический

Г. Превентивный

4. Пелоидотерапия – это:

А. Лечебное применение нагретого песка

Б. Лечебное применение грязей

В. Лечебное применение озокерита

Г. Лечебное применение парафина

1 - Д

2 - Д

3 - В

4 - Б

Ситуационные задачи

1. На приеме у участкового терапевта больная 65 лет с жалобами на периодический субфебрилитет (температура 37,1 - 37,3), слабость, ноющую боль в поясничной области, жжение при мочеиспускании. В анамнезе частые циститы. При обследовании: в крови содержание лейкоцитов 9 тыс., СОЭ 22 мм/ч, в моче и в мазке из влагалища повышенное содержание лейкоцитов.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать?
2. В каком виде реабилитации нуждается больная?
3. В чем заключаются принципы лечения данного заболевания?
4. Какой курорт можно посоветовать в дальнейшей реабилитации?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического пиелонефрита.
2. Медицинская реабилитация в первую очередь.
3. Фитотерапия, антибиотики, спазмолитики.
4. Красноярское Загорье, Белокуриха.

Задача № 2

Больная К. 55 лет находится на диспансерном учете у эндокринолога поликлиники с диагнозом: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), ангиопатии нижних конечностей. Коррекция сахара проводится сахароснижающим препаратом (манинил) под данный момент беспокоят периодические парестезии, онемение некоторых пальцев стоп.

Эталон ответа

- раннее начало реабилитационных воздействий; индивидуальный подход; непрерывность (этапность); улучшение «качества жизни»; профилактика осложнений.
- 2) - превентивный этап; стационарный этап; амбулаторно – поликлинический этап; санаторно – курортный этап; метаболический этап.
- 3) Магнитотерапия, лазеротерапия, лекарственный электрофорез, вихревые ванны.
 - достаточное содержание в пище белков и витаминов;
 - ограничение жиров;
 - ограничение или замена легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты) и т.д.
 - комы (гипо и гипергликемические);
 - ретинопатия (поражение сосудов сетчатки);
 - нефропатия.

Тема № 6. Реабилитация больных акушерско-гинекологического хирургического профиля 4 часа

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по осуществлению реабилитационных мероприятий у больных акушерско-гинекологического и хирургического профиля

Контрольные вопросы:

- таза.
1. Общие принципы реабилитации больных с заболеваниями женских половых органов, аномалиями положением матки, опущением органов малого таза.
 2. Реабилитационные мероприятия при нормальной беременности и родах в зависимости от срока и периода.
 3. Реабилитация в послеродовом периоде и в послеоперационном периоде у гинекологических больных.
 4. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов.
- Миома матки. Реабилитационные мероприятия (медицинская реабилитация) при вышеуказанной патологии.

Тестовый контроль:

1. Виды массажа в реабилитации больных гинекологического профиля:
 - А. Ручной классический
 - Б. Сегментарный
 - В. Подводный-душ массаж
 - Г. Аппаратный
 - Д. Всё верно
2. Виды водолечения в реабилитации больных гинекологического профиля:
 - А. Восходящий душ
 - Б. Углекислые ванны
 - В. Жемчужные ванны
 - Г. Подводный душ-массаж
 - Д. Все вышеперечисленное
3. Грязелечение используют в реабилитации следующих заболеваний:
 - А. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
 - Б. Хронический эндометрит в стадии ремиссии
 - В. Хронический простатит в стадии ремиссии
 - Г. Все перечисленное
4. Грязелечение противопоказано при:
 - А. ОРЗ
 - Б. Хронический простатит в стадии ремиссии
 - В. Хронический гнойный эндометрит
 - Г. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
5. Уровень травматизма зависит от следующих причин:
 - А. Политика государства в области здравоохранения
 - Б. Климатогеографическое положение региона
 - В. Профилактическая работа по улучшению безопасности труда
 6. Какое место занимает смертность от травм в общей структуре смертности?
 - А. I
 - Б. II
 - В. III
 - Г. IV
 7. Какой вид травматизма превалирует в общей структуре данного класса?
 - А. Производственный

- Б. Бытовой
- В. Уличный
- Г. Дорожно-транспортный

8. Высокий уровень инвалидности от травм является следствием:

- А. Недостаточная эффективность мероприятий по профилактике травм
- Б. Нарастающая тяжесть повреждений при травме
- В. Рост генетических отклонений
- Г. Высокий уровень автоматизации производства

9. На какие основные виды подразделяется производственный травматизм?

- А. Промышленный
- Б. Спортивный
- В. Травматизм при проведении научных экспериментов
- Г. Сельскохозяйственный

10. К умышленному травматизму относится:

- А. Дорожно-транспортный
- Б. Убийства
- В. Военный
- Г. Самоубийства

11. Среди возможных мероприятий по борьбе с производственным травматизмом можно определить:

- А. Улучшение условий техники безопасности
- Б. Повышение социальной защищенности трудящихся
- В. Повышение квалификации работников
- Г. Изменение условий политики государства

Эталоны ответа:

- 1 - Д
- 2 - Д
- 3 - Г
- 4 - В
- 5 - А, В
- 6 - Б
- 7 - Г
- 8 - А, Б
- 9 - А, Г
- 10 - Б, Г
- 11 - А, В

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Пациентка К. 30 лет находится на лечении на курорте «Озеро Учум» с Диагнозом: Хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии. Вторичное бесплодие. На момент осмотра состояние удовлетворительное, жалоб нет. Из анамнеза известно, что пациентка замужем в течение 5 лет, неоднократно получала стационарное и амбулаторное лечение, на курорте находится впервые.

Вопросы:

1. Какие методики грязелечения можно назначить данной пациентке?
2. Перечислите ведущие клинические эффекты грязелечения.
3. Сколько грязевых процедур назначают на курс лечения?
4. С какими другими физическими факторами можно сочетать грязелечение?
5. Какие методики климатолечения может рекомендовать медсестра?

Эталон ответа:

1. Грязевые аппликации, вагинальное грязелечение
2. Противовоспалительный, рассасывающий, спазмолитический
3. № 10-12
4. Чередовать с водолечением, аппаратной ФТ.
5. Аэротерапию, гелиотерапию.

Задача №2 Больная Иванова М. И., 45 лет обратилась в здравпункт на работе с жалобами на боли в области голеностопного сустава. Травма произошла на работе, говорит, что упала с высоты и подвернула ногу. Объективно: отмечаются в области сустава отёк, припухлость, ограничение в движениях.

Вопросы:

1. Что наблюдается у больной?
2. В чём заключается первая медицинская помощь?
3. Принципы дальнейшей реабилитации

Задача № 3.

Больная 35 лет по неосторожности обожгла руку горячим кипятком. На месте ожога образовались пузыри, наполненные серозной желтоватой жидкостью.

Вопросы:

1. Определите степень ожога
2. Перечислите правила определения площади ожогов
3. В чём заключается первая медицинская помощь?

Эталоны ответов:

Задача № 2

1. Производственная травма, вывих голеностопного сустава.
2. Обезболить, создать покой поврежденной конечности путём наложения тугой повязки.
3. Вправление вывиха под местной или общей анестезией.

Задача № 3

1. Вторая степень.
2. Правило девятки, правило ладони, правило по Постникову.
3. Обезболить, ожоговую поверхность вокруг обработать антисептическими растворами и на саму рану наложить сухую асептическую повязку, повязку без мазей. Транспортировать в лечебное учреждение.

Тема № 7. Реабилитация больных с патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы. 4 часа

Цель практического занятия: приобретение знаний, умений, общих и профессиональных компетенций по осуществлению реабилитационных мероприятий у больных с патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы

Контрольные вопросы:

1. Общие принципы реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата.
2. Поэтапная реабилитация больных с остеоартрозами суставов. Задачи, средства и формы, методы.
3. Ревматоидный артрит. Основные клинические синдромы. Принципы лечения на стационарном этапе медицинской реабилитации.
4. Остеоартроз, подагра. Основные клинические синдромы. Принципы лечения на стационарном этапе медицинской реабилитации.
5. Физический аспект реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ЛФК, массаж)
6. Физиотерапия в реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
7. Санаторно-курортный этап в реабилитации больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (бальнеотерапия, грязелечение).
8. Общие принципы реабилитации больных с патологией центральной и периферической нервной системы.
9. Поэтапная реабилитация больных с ОНМК. Задачи, средства и формы, методы.
10. Уход за больными с ОНМК.
11. Социальная реабилитация с ОНМК.

Тестовый контроль:

1. Какое заболевание характеризуется снижением костной массы, содержанием минеральных веществ ведущих к увеличению ломкости костей?
А. Остеопороз
Б. Остеохондроз
В. Артроз
Г. Остеохондропатия
2. Одно из отличий остеопороза от возрастных костных атрофий является:
А. Истончение горизонтальных трабекул и увеличение вертикальных трабекул
Б. Истончение всех структур трабекул
В. Увеличение всех структур трабекул
3. Наиболее информативный метод диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата является:
А. РГ-графия
Б. Показатели крови
В. Показатели минеральной плотности
Г. УЗИ
4. Что необходимо для нормального проведения солей кальция и стимуляции остеогенеза:
А. Фруктоза
Б. Лактоза
В. Витамины D, E, C
Г. Полиненасыщенные жирные кислоты
5. Какое заболевание сопряжено деформацией межпозвонковых дисков и расслоением фиброзного кольца?
А. Остеопороз
Б. Остеохондроз
В. Артроз
Г. Остеохондропатия
6. При каком осложнении остеохондроза в клинику присоединяется неврологические нарушения?
А. Остеофиты
Б. Ограничение движения
В. Грыжа
Г. Парез конечностей
7. При болевом синдроме остеохондроза более эффективным является:
А. Баралгин
Б. Новокаиновая блокада
В. Кетонал
Г. Смесью Сальникова
8. Показано ли при артрите коленных суставов парафинолечение?
А. да
Б. нет
9. Показано ли при остеоартрозе парафинолечение?
А. да
Б. нет
10. Один из основных препаратов лечения подагры:
А. кеторолак
Б. тавегил
В. немесулид
Г. аллопуринол

7. Самоконтроль по ситуационным задачам:

Задача №1.

Пациент К. 35 лет с Диагнозом: Ревматоидный артрит суставов кистей рук, коленных, голеностопных суставов. В данный момент находится на стационарном лечении, получает медикаментозную терапию. Сохраняются синовиты, боль, воспалительный характер, утренняя скованность. СОЭ 35 мм/ч.

Вопросы:

- Что из методов физиотерапии можно назначить на данный момент?
Можно ли на данный момент назначить парафинотерапию, пелоидотерапию?
Дальнейшие рекомендации после выписки пациента.

Задача №2. В отделение реабилитации поликлиники находится женщина 50 лет с диагнозом: Остеоартроз коленных суставов. Болеет в течение 10 лет.

На данный момент беспокоят боли механического характера, синовитов нет.

Вопросы:

Что из преформированных физических факторов можно назначить?

Показано ли назначение ЛФК, массажа на данный момент?

Показано ли назначение парафино(грязе)лечения на данный момент?

Какие беседы по питанию и образу жизни может провести медсестра?

Какие курорты может рекомендовать медсестра данной пациентке?

Эталоны ответов:

ЗАДАЧА №1.

УВЧ-терапию, микроволновую, магнитно-лазерную терапию.

Парафино(пелоидо)терапию в данный момент, учитывая синовиты назначать нельзя.

Лечение в поликлинике, санаторно-курортное лечение при СОЭ не выше 25 мм/ч

Задача № 2

Ультразвуковую терапию, магнитно-лазерную терапию.

Показаны ЛФК, массаж.

Парафино(пелоидо)терапия показаны.

Борьба с избыточным весом. Избегание статического перенапряжения и ношения тяжестей.

Шира, Учум, Белокуриха и др.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.03 ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

3.1. МДК.03.01 ОСНОВЫ РЕАНИМАТОЛОГИИ

Тема: Организация неотложной помощи и интенсивной терапии на догоспитальном этапе.

Цель: Подготовить медицинскую сестру, готовую и способную к исполнению профессиональных функций в условиях работы станции СМП, службы неотложной медицинской помощи, медицины катастроф и ФАПов.

Тип занятия: практическое занятие

Задание для практического выполнения.

1. Изучить ФЗ №323 от 21.11.2011 г. Об основах охраны здоровья граждан РФ ст.33,35,372.

2. Знать функциональные обязанности медицинской сестры в разных условиях работы на догоспитальном этапе.

3. Знать особенности понятий Неотложная медицинская помощь, медицина катастроф

4. Задачи и принципы СМП и неотложной медицинской помощи и помощи, службы медицины катастроф, врачебных амбулаторий и ФАПов относятся к месту, где происходят события, требующие экстренной помощи человеку. Следует придерживаться основных принципов организации лечения, заложенных в регламентирующих документах: оперативность и своевременность, доступность, полнота и качество, беспрепятственность к госпитализации.

Тема: Острая дыхательная недостаточность.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при острой дыхательной недостаточности. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи острой дыхательной недостаточности.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Физиология и патофизиология системы внешнего дыхания

Патофизиологические основы острой дыхательной недостаточности

Классификация ОДН

Вентиляционная ОДН

Паренхиматозная ОДН

Понятие об искусственной вентиляции легких

Режимы и паттерны ИВЛ

Показания для перевода на ИВЛ

Мониторинг при ИВЛ

Осложнения ИВЛ

Прекращение ИВЛ

Тема: Принципы ведения больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОКС. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи у больных с ОКС.

Тип занятия: практическое занятие.

Задания для практического выполнения:

1. Понятие об ОКС. Этиология. Патогенез.

2. Клиническая картина ОКС.

3. ЭКГ признаки ОКС

4. Биохимические маркеры некроза миокарда.

5. Дифференциальная диагностика

6. Алгоритм принятия решений при подозрении на ОКС

7. Лечение ОКС

Тема: Принципы ведения больных с ОНМК на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОНМК. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи в остром периоде церебрального инсульта.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Диагностика клинических синдромов: отек мозга, внутричерепная гипертензия, дислокационные синдромы, судорожный синдром.

Дифференциальная диагностика ОНМК.

Стандарт и алгоритм оказания неотложной помощи пациентам с ОНМК на догоспитальном этапе.

Маршрутизация и транспортировка пациентов с ОНМК.

Оказание неотложной помощи пациентам с отеком мозга.

Оказание неотложной помощи пациентам с внутричерепной гипертензией.

Оказание неотложной помощи пациентам с судорожным синдромом.

Оказание неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточности.

Профилактические мероприятия по профилактике пролежней, тромбозов, пневмоний у пациентов с ОНМК.

Методы ранней реабилитации пациентов с ОНМК.

Тема: Принципы ведения пациентов на догоспитальном этапе с острой сердечной недостаточностью

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при ОСН.

Совершенствование навыков оказания медицинской помощи больным с ОСН.

Тип занятия: практическое занятие.

Задания для практического выполнения:

1. Определение острой сердечной недостаточности
2. Клинические проявления острой сердечной недостаточности
3. Основные причины и провоцирующие факторы острой сердечной недостаточности Клиническая картина геморрагического инсульта.
4. Патогенез отдельных вариантов острой сердечной недостаточности
5. Диагностика на догоспитальном этапе
6. Лечение на догоспитальном этапе

Тема: Постреанимационная болезнь.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при постреанимационной болезни.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Понятие о постреанимационной болезни.

Патогенетические особенности постреанимационной болезни.

Стадии постреанимационной болезни.

Неотложная помощь при постреанимационной болезни.

Основы лечения СПОН при постреанимационной болезни.

Прогноз постреанимационной болезни. Факторы, влияющие на исход.

.

Тема: Сортировка и транспортировка больных в условиях чрезвычайных ситуаций

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь пораженным и больным при ЧС.

Совершенствование навыков оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Тип занятия: практическое занятие.

Задание для практического выполнения:

Понятие о ЧС.

Организация и задачи службы экстренной медицинской помощи при ЧС.

Виды и объемы медицинской помощи.

Особенности медицинской эвакуации.

Основы медицинской сортировки пораженных (больных) в условиях чрезвычайной ситуации.

Тема занятия: Интенсивная терапия острых отравлений на догоспитальном этапе.

Тип занятия: практическое занятие

Задание для практического выполнения:

1. Диагностика отравления
2. Способы идентификации яда
3. Выявить ведущий синдром
4. Детоксикация (промывание желудка)
5. Антидотная терапия и противоядия
6. Поддерживающее лечение
7. Госпитализация (показания)

Медицинская сестра чаще бригады СМП при сборе анамнеза и осмотре б-го должна одновременно осмотреть бытовые особенности, наличие ампул, конвалют из под лекарств и некоторые сведения от присутствующих на месте происшествия. Необходимо уточнить путь попадания яда в организм. Чаще яд попадает через ЖКТ.

Если у пострадавшего нет угрожающего жизни жизни синдрома, начинать следует с удаления яда из желудка методом зондового промывания ж-ка, для чего необходимо иметь Для профилактики осложнений желудочно-кишечного зонда, смазанный вазелином, с воронкой, ведро воды (10-12 л) комнатной температуры, порциями по 200 -300 мл. Противопоказаниями для промывания ж-ка являются: стенокардия, гипертонический криз, отек легких, аневризма аорты, язва или дивертикул пищевода, отравление прижигающими ядами. При промывании ж-ка могут возникнуть осложнения: травма языка, аспирация промывными водами, перфорация глотки, пищевода, желудка, кровотечение.

Для профилактики осложнений нужно помнить !!! Больной должен лежать на животе с опущенной головой (промывные воды самотеком , через сифон должны стать прозрачными). Если больной находится в коме, то перед введением зонда ,он должен быть интубирован трубкой с раздувной манжеткой. Желательно промывные воды отправить в судебно-химическую лабораторию. Пр

Идентификация токсического агента кроме лабораторного подтверждения должна учитывать данные анамнеза, клинического осмотра и места происшествия также результаты морфологического подтверждения.

Перед извлечением зонда в желудок вводят сорбенты (активированный уголь, каолин, ионообменные соли), способные связывать остатки яда и тем самым предотвращать их действие. Для снижения интоксикации прибегают к форсированному диурезу. Применение антидотов важно в первые часы. АНТИДОТЫ прямого действия осуществляют непосредственное химическое или физико-химическое взаимодействие с ядом (атропин, дипириксим –ФОС; амилнитрит – синильная кислота; кислород – СО, сероводород; кальция хлорид- шавелевая кислота; налоксон- препараты опиоя). Симптоматическое лечение

направлено на получение клинического эффекта (обезболивание, поднятие сосудистого тонуса, устранение гиповолемии и пр.) **ПОКАЗАНИЯ** к госпитализации: экзогенные отравления (лекарства, ср-ва бытовой химии, инсектициды, промышленные вещества); отравления животными ядами (укусы насекомых, змей); отравления растительными ядами (грибы, ягоды); алкогольная кома почечная, печеночная недостаточность.

Тема: Принципы лечения приступов бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

Тип занятия: практическое занятие.

Задание для практического выполнения:

1. Диагностика тяжести приступа бронхиальной астмы.
2. Стандарты лечения больных с разной степенью тяжести в острой фазе.
3. Оценка эффективности лечения.
4. Показания к госпитализации.

Первой инстанцией обращения больных с приступом БА является служба СМП и доля их составляет 3-5% от общего количества вызовов.

При *легкой* степени тяжести больные имеют ясное сознание. Несколько возбуждены. Кожные покровы бледны с цианозом. Экспираторная одышка 20-24 в минуту, незначительное включение вспомогательной мускулатуры. Кашель с трудноотделяемой мокротой. Свистящие хрипы при выслушивании. Тахикардия, АД в норме. ПСВ -70-90%.

При *средней* степени тяжести в стадии обострения больные возбуждены, цианоз и потливость кожи, экспираторная непродуктивный кашель. Несмотря на усиливающую одышку дыхательные шумы ослабевают вплоть до появления зон «немного легкого», ЧСС >100, АД чаще снижено, ПСВ – 50-70%.

При *тяжелой степени* тяжести в острой фазе больной испуган, возбужден, активное участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, резкая экспираторная одышка, тахикардия. ПСВ <50%. Угроза *гипоксической комы*.

Стандарты и оценка эффективности лечения

При *легкой степени*: ингаляции β_2 агонистов короткого действия (сальбутамол 2,5 мл, беродуал 1—2 мл в течение 10 минут через небулайзер. Оценка лечения ч/20 минут. При отрицательном результате нужно повторить в том же порядке.

При *средней степени* тяжести (сальбутамол- 2,5-5,0мл, беродуал- 2-3 мл ч/небулайзер 10 минут+ преднизолон 20-30 мг внутрь или 60-90 мг в/в или пульмикорт 1000-2000мкг через небулайзер. Контроль ч/20мин. При неудовлет.рез-те повторить.

При *тяжелом течении* - доза сальбутамола и биротека остается прежней через небулайзе в течение 10 минут, а доза преднизолона повышается до 90-150 в/в, а пульмикорта в той же дозировке. При отсутствии эффекта показано введение р-ра адреналина 0,1%-0,5 мл.

При отсутствии небулайзера или насойчивой просьбе больного возможно введение в/в 2,4% р-р эуфилина 10-20 мл.

Для больных ХОБЛ важно недопустить снижения ПСВ <40%. Основными бронхолитическими препаратами при ХОБЛ являются антихолинэргические препараты, β_2 симпатомиметики, ксантины, гепарин, глюкокортикостероны, антибиотики, мочегонные. В тяжелых случаях небулайзерная терапия бронхолитиками.

Показания для госпитализации

Тяжелое обострение с угрозой гипоксемической комы

Отсутствие эффекта на проводимую бронходилатационную терапию

Высокий риск смерти, угроза остановки дыхания

Неблагоприятные бытовые условия.

Тема: Понятие о неотложных, критических, терминальных состояниях.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях.

Совершенствование навыков оказания медицинской помощи при неотложных, критических, терминальных состояниях.

Тип занятия: практические занятия .

Задания для практического выполнения:

Понятие о неотложных и критических состояниях на догоспитальном этапе.

Терминальные состояния.

Особенности патофизиологии и метаболизма при умирании.

Агония, преагония, терминальная пауза.

Клиническая смерть.

Формы остановки кровообращения.

Тема: Шок. Понятие, виды. Интенсивная терапия на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях при шоках различной этиологии. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи при травматическом и геморрагическом шоке.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Клиническая картина и диагностика травматического шока.

Клиническая картина и диагностика геморрагического шока.

Клиническая картина и диагностика септического шока.

Клинические синдромы: гиповолемия, коагулопатия. Их диагностика.

Оказание неотложной помощи пациентам с геморрагическим шоком

Оказание неотложной помощи пациентам с травматическим шоком.

Стандарты и алгоритмы оказания неотложной помощи пациентам в состоянии различных видов шока.

Интенсивная терапия шока на догоспитальном этапе

Тема: Основы инфузионной терапии на догоспитальном этапе.

Цель занятия: подготовка медицинской сестры, готовой и способной оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях, используя

инфузионную терапию. Совершенствование навыков применения инфузионной терапии как метода интенсивного лечения пациента.

Тип занятия: практические занятия.

Задания для практического выполнения:

Понятие об интенсивной терапии на догоспитальном этапе;
Инфузионная терапия – как основа интенсивной терапии;
Принципы и средства инфузионной терапии;
Кристаллоидные растворы;
Коллоидные растворы;
Осложнения инфузионной терапии

3.2. МДК.03.02. МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

Тема 1. Чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом в атмосферу радиоактивных веществ.

Цель занятия: изучить медико-тактическую характеристику радиационных аварий

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Причины возникновения радиационных аварий
- 2) Медико-тактическая характеристика радиационных аварий

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 2. Чрезвычайные ситуации, связанные с выбросом в атмосферу химических веществ.

Цель занятия: изучить медико-тактическую характеристику очагов химических аварий

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Аварийно-опасные химические вещества
- 2) Медико-тактическая характеристика очагов химических аварий

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 3. Чрезвычайные ситуации, связанные с возникновением пожаров и взрывами

Цель занятия: изучить классификацию пожаров, взрывов, их характеристики

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Пожар, виды пожаров
- 2) Взрывы, основные поражающие факторы взрывов

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 4. Транспортные и дорожно-транспортные аварии и катастрофы

Цель занятия: изучить медико-тактические характеристики транспортных и дорожно-транспортных аварий и катастроф, а также катастроф на железнодорожном транспорте

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Медико-тактическая характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций
- 2) Катастрофы на железнодорожном транспорте

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 5. Чрезвычайные ситуации, вызванные стихийными бедствиями - землетрясениями

Цель занятия: изучить понятие природных катастроф, медико-тактические характеристики очагов поражения при землетрясениях

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Медико-тактическая характеристика очагов поражения при землетрясениях
- 2) Сейсмическая шкала интенсивности проявления землетрясения на поверхности Земли

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 6. Чрезвычайные ситуации, вызванные наводнениями

Цель занятия: изучить понятие природных катастроф, медико-тактические характеристики районов наводнения

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Медико-тактическая характеристика районов наводнения
- 2) Виды наводнений

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 7. Чрезвычайные ситуации, вызванные пожарами

Цель занятия: изучить понятие природных катастроф, медико-тактические характеристики районов пожаров

Вопросы для рассмотрения:

- 1) Медико-тактическая характеристика районов пожаров
- 2) Виды перегреваний организма, эвакуация пораженных

Задание:

Выполнить детализацию – определить тип ЧС, причина или источник возникновения, поражающее воздействие на людей и окружающую среду, масштаб последствий, факторы выживания.

Тема 8. Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени

Цель занятия: изучить понятие о лечебно-эвакуационных мероприятиях.

Вопросы для рассмотрения:

1) Лечебно-эвакуационное обеспечение. Двухэтапная система оказания медицинской помощи и лечения пострадавших.

2) Основные принципы организации системы ЛЭМ.

Задание: нарисовать схему лечебно-эвакуационного пункта, его компоненты

Тема 9. Виды медицинской сортировки

Цель занятия: изучить различные виды и цель медицинской сортировки

Тип занятия: урок – изучение нового материала

Перечень рассматриваемых вопросов:

1) Цель медицинской сортировки

2) Виды медицинской сортировки

Задание: решение ситуационной задачи.

Задача: на сортировочную площадку поступили 12 пострадавших:

а) с закрытым переломом плечевой кости, шинирован шиной Крамера – 1 человек;

б) с кровоостанавливающим жгутом на плече и раной в области локтевого сустава с наложенной асептической повязкой – 2 человека;

в) с кровоостанавливающим жгутом на бедре и неполной травматической ампутацией конечности – 2 человека;

г) с травмой груди и черепа, АД не определяется. пульс нитевидный, аритмичный, едва прощупывается. дыхание единичное, поверхностное, цианоз лица. периодически судороги – 1 человек;

д) с ушибами, ссадинами, кровоподтеками на мягких тканях конечностей и туловища – 2 человека;

е) в состоянии двигательного и речевого возбуждения. фиксирован простыней, пытается освободиться, не ориентирован в обстановке – 1 человек;

ж) с выраженной одышкой, цианозом. подкожной эмфиземой и жалобами на боли в груди – 1 человек;

з) с обширными ожогами и ожоговым шоком – 2 человека.

Задание: Провести медицинскую сортировку поступивших, определив:

- подразделение ОПМП (МО)

- очередность направления

- цель направления

Ответ на ситуационную задачу:

а) с закрытым переломом плеча – в госпитальные или эвакуационное отделение в зависимости от общего состояния, во вторую очередь – для наблюдения;

б) с кровоостанавливающим жгутом и ранением в операционную, в первую очередь, для окончательной остановки кровотечения;

в) со жгутом и неполной травматической ампутацией конечности - в операционную, в первую очередь – для ампутации конечности;

г) с травмой груди и черепа – в изолятор для агонирующих. во вторую очередь для ухода;

д) с ушибами, ссадинами – в эвакуационное отделение, во вторую очередь – для последующей отправки на амбулаторное лечение;

е) с реактивным состоянием – в изолятор для пострадавших с реактивным состоянием, в первую очередь для наблюдения и купирования возбуждения;

ж) с напряженным пневмотораксом - в перевязочную, в первую очередь – для пункции плевральной полости;

з) с ожоговым шоком – в противошоковое отделение, в первую очередь для проведения противошоковой терапии.

Тема 10. Средства индивидуальной защиты

Цель занятия: изучить технические средства индивидуальной защиты, их виды, технические характеристики

Вопросы для рассмотрения:

1) Средства защиты органов дыхания

2) Средства индивидуальной защиты кожи

3) Средства индивидуальной защиты глаз

Задание: определить индивидуальный размер противогаза, показать способы ношения, рассказать о защитных свойствах, способах применения, дезинфекции противогаза.

Тема 11. Медицинские средства индивидуальной защиты

Цель занятия: изучить медицинские средства индивидуальной защиты, их виды, состав

Вопросы для рассмотрения:

1) Аптечка индивидуальная АИ-2

2) Комплект индивидуальный медицинский гражданской защиты (КИМГЗ)

3) Индивидуальный противохимический пакет ИПП-11

4) Индивидуальный перевязочный пакет (ППИАВ-3)

Задание: показать содержимое аптечки индивидуальной, рассказать о составе содержимого аптечки и способах применения каждой из составляющей аптечки.

Тема 12. Специальная и санитарная обработка

Цель занятия: изучить средства и методы обработки

Вопросы для рассмотрения:

1) Специальная обработка. Полная и частичная обработка. Основные элементы обработки.

2) Санитарная обработка. Полная и частичная обработка.

Задание: на конкретном примере рассказать, как проводится специальная и санитарная обработка.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО ПМ.04 ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ ПО ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИМ ПРОФЕССИЯМ РАБОЧИХ, ДОЛЖНОСТЯМ СЛУЖАЩИХ

4.1. МДК.04.01 САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПАЛАТ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КАБИНЕТОВ, ПЕРЕМЕЩЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ, УХОД ЗА ТЕЛОМ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА

Тема: Тема 1. Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Типы лечебно-профилактических учреждений. Лечебно-охранительный режим.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Типы ЛПУ. Лечебно-охранительный режим», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. В государственную (муниципальную) систему здравоохранения включаются структуры:
 - 1) орган управления
 - 2) образовательные медицинские учреждения
 - 3) учреждения здравоохранения
 - 4) фонд социального страхования
2. Общественное здоровье оценивается по показателям:
 - 1) физического развития населения
 - 2) заболеваемости
 - 3) демографическим
 - 4) качества и уровня жизни
3. Значение образа жизни в формировании здоровья населения составляет:
 - 1) 50%
 - 2) 20%
 - 3) 30%
4. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования является:
 - 1) базовая программа ОМС
 - 2) страховые программы добровольного медицинского страхования
 - 3) положение о платных услугах
5. К лечебно-профилактическим учреждениям особого типа относятся:
 - 1) хоспис
 - 2) центр медицинской профилактики
 - 3) ФАП
6. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан определяют:
 - 1) права и обязанности пациентов
 - 2) права и обязанности медицинских работников
 - 3) юридическую ответственность медицинских работников
7. Цель медицинского страхования:
 - 1) гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая
 - 2) гарантировать гражданам получение страховой суммы по истечению сроков страхования
8. Виды медицинского страхования:
 - 1) обязательное
 - 2) добровольное
 - 3) индивидуальное
9. Обязательное медицинское страхование является:
 - 1) всеобщим
 - 2) коллективным
 - 3) индивидуальным
10. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:
 - 1) медицинские учреждения
 - 2) граждане РФ
 - 3) предприятия, учреждения
 - 4) страховые медицинские организации
 - 5) туристы из зарубежных стран
11. Обязательное медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет:
 - 1) страховых взносов предприятия или учреждения
 - 2) отчислений из местного бюджета
 - 3) отчислений из средств граждан
12. Формы добровольного медицинского страхования:
 - 1) индивидуальная
 - 2) коллективная
 - 3) всеобщая
13. Документ, разрешающий медицинскому учреждению осуществлять указанный в нем вид деятельности:
 - 1) лицензия
 - 2) сертификат
 - 3) приказ
14. Установите правильную последовательность действий при транспортировке пациента на каталке (участвуют 3 медицинских работника):
 - а) сообщить в отделение, что к ним направлен пациент в тяжелом состоянии;
 - б) поставить каталку перпендикулярно кушетке так, чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки;
 - в) уложить пациента на каталку, укрыть его, убедиться, что пациент чувствует себя комфортно;
 - г) трое медработников встают около пациента с одной стороны; один из них подводит руки под голову и лопатки пациента; второй под таз и верхнюю часть бедер, третий под середину бедер и голени;
 - д) отправить пациента с его медкартой в отделение в сопровождении медработника;
 - е) объяснить пациенту последовательность ваших действий;
 - ж) прибыв в отделение, головной конец каталки подвести к ножному концу кровати, втроем поднять пациента и, повернувшись на 90°, положить его в кровать;
 - з) подняв пациента, вместе с ним повернуться на 90° в сторону кровати.
15. Установите верную последовательность правильной биомеханики в положении стоя:
 - а) масса тела распределена равномерно на обе ноги;
 - б) ступни расставлены на ширину плеч;
 - в) колени расслаблены так, чтобы коленные суставы двигались свободно;
 - г) чтобы снизить нагрузку на поясничный отдел позвоночника, встаньте прямо и напрягите мышцы живота и ягодиц, голову держите прямо, чтобы подбородок находился в горизонтальной плоскости.
16. Установите правильную последовательность действий медсестры при транспортировке пациента в кресле-каталке:
 - а) опустите кресло-каталку в исходное положение;
 - б) наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног;

- в) попросите пациента встать на подставку для ног, затем, поддерживая, усадите его в кресло-каталку;
- г) следите, чтобы при транспортировке руки пациента не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
17. Установите верную последовательность правильной биомеханики поднятия тяжестей:
- а) встаньте рядом с предметом, который Вам предстоит поднять так, чтобы не пришлось наклоняться вперед;
- б) перед поднятием тяжелого предмета стопы расположите на расстоянии 30 см друг от друга, выдвинув одну ногу слегка вперед (так достигается хорошая опора и уменьшается опасность потери равновесия и падения);
- в) сгибайте только колени, поднимая предмет, сохраняя туловище в вертикальном положении;
- г) прижимайте поднимаемый предмет к себе в процессе подъема.
18. Установите соответствие:
- 1) натуживание на высоте вдоха в некоторых случаях может способствовать возникновению тяжелых нарушений ритма сердца и ухудшению коронарного кровотока;
- 2) положение, при котором спина выпрямлена и исключены любые искривления, напряжения, давление или чувство дискомфорта;
- 3) способ, которым тело человека приспосабливается к тому, чтобы не потерять равновесие во время движения;
- 4) головокружение, обморок, сердцебиение, появляющиеся при изменении положения тела:
- а) механика тела;
- б) эффект Вальсальвы;
- в) постуральный рефлекс;
- г) правильное положение тела.
19. Установите правильную последовательность действий при укладывании пациента в положение Симса:
- а) положите подушку под голову пациента;
- б) подложите подушку под верхнюю, согнутую о локтевом и плечевом суставе руку (под углом 90 градусов), нижнюю руку;
- в) положите пациента на спину;
- г) переведите изголовье кровати в горизонтальное положение;
- д) положите подушку под согнутую верхнюю ногу так, чтобы нижняя треть голени оказалась на уровне нижней трети бедра;
- е) переведите пациента в положение лежа на боку и частично лежа на животе;
- ж) обеспечьте упор для стоп под углом 90 градусов.
20. Установите правильную последовательность действий при укладывании пациента в положение Фаулера:
- а) положите голову пациента на матрац или низкую подушку;
- б) подложите небольшую подушку или валик под нижнюю треть голени;
- в) приведите кровать в горизонтальное положение;
- г) если пациент не может самостоятельно двигать руками, подложите подушки;
- д) поднимите изголовье кровати под углом 45-60 градусов;
- е) положите пациенту подушку под поясницу;
- ж) подложите небольшую подушку или валик под бедра;
- з) поставьте упор для стоп пациента под углом 90 градусов.

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

20 правильных ответов - отлично

19-16 правильных ответов - хорошо

15-11 правильных ответов - удовлетворительно

11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание 2. Изучив лекционный материал, выполните задания.

Задание 2.1. Положение пациента в постели.

Заполните схему, а затем и продемонстрируйте положения пациента в постели.

Положение пациента в постели		

Задание 2.2

Продемонстрируйте правила перекладывания пациента с каталки на кровать, соблюдая правила эргономики.

Задание 2.3

Продемонстрируйте алгоритм манипуляции – пересаживание пациента с кровати на кресло-каталку с учетом правил эргономики.

Критерии оценки выполнения

5 (отлично) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,

4 (хорошо) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов

3 (удовлетворительно) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;

2 (неудовлетворительно) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

Контроль конечного уровня усвоения знаний.

Контрольные вопросы для самопроверки

1. Как подразделяются учреждения здравоохранения.
2. Типы медицинских учреждений.
3. Назовите классификацию лечебно-профилактических учреждений.
4. Характеристика больничных учреждений.
5. Назовите виды режимов отделений стационара.
6. Дайте характеристику по виду, объёму и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы больницы.
7. Назовите основные структурные подразделения городской больницы.

8. Характеристика диспансерных учреждений и их виды.
9. Характеристика диспансерных учреждений и их виды.
10. Характеристика учреждений охраны материнства и детства
11. Характеристика санаторно-курортных учреждений.
12. Характеристика лечебных учреждений скорой помощи
13. Характеристика ЛПУ комбинированного типа.
14. Назовите элементы Лечебно-охранительный режим

Тема: Тема 3. Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Проверка вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: «Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции»

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

1. ВИЧ-инфекция относится к разряду:
 - А) парентеральные или кровяные инфекции
 - Б) кишечные инфекции
 - В) аденовирусные
2. Вирус иммунодефицита человека:
 - А) ДНК-содержащий
 - Б) РНК-содержащий
 - В) ретровирус
3. Характеристика вируса иммунодефицита человека:
 - А) не стоек во внешней среде, гибнет при температуре 56 градусов через 30 минут, при кипячении через 1 – 2 минуты, под действием дезсредств моментально
 - Б) стоек во внешней среде, гибнет только под действием 5% хлорамина
 - В) стоек во внешней среде, уничтожается любым дезсредством
4. Пути передачи ВИЧ в организм человека:
 - А) контактно-бытовой, воздушно-капельный
 - Б) алиментарный, контактный
 - В) половой, парентеральный, вертикальный
5. Факторы передачи:
 - А) мокрота, сперма, моча
 - Б) кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко, спинномозговая жидкость
 - В) кал, моча, кровь
6. Стадии ВИЧ-инфекции:
 - А) инкубационный период, первичные проявления, вторичные заболевания, терминальная (СПИД)
 - Б) инкубация, разгар, затихание
 - В) инкубационный период, терминальная стадия
7. Диагностика ВИЧ-инфекции:
 - А) ОАК, ОАМ
 - Б) биохимия крови
 - В) ИФА, иммуноблотинг, ПЦР
8. Защитная одежда медработников при работе с кровью:
 - А) перчатки, халат, колпак, респиратор, при необходимости защитные очки или штитки, клеенчатый фартук при заборе крови
 - Б) ношение хирургического костюма
 - В) нет специальных мероприятий
9. Содержимое аварийной аптечки для профилактики ВИЧ-инфекции:
 - А) йод, вата, спирт 96 град.
 - Б) марганцовка, йод, спирт 70 град., лейкопластырь, протаргол, альбунид, запасные перчатки, клей БФ медицинский, бинт, вата
 - В) глюкоза 40%, нашатырь
10. После аварийной ситуации (например, прокол иглой пальца после инъекции) нужно сообщить об этом старшей (главной) медсестре с записью в:
 - А) прививочный журнал
 - Б) журнал по расходу бланков листов нетрудоспособности
 - В) аварийный журнал
11. Все медработники, работающие с кровью должны сдавать анализ крови на ВИЧ-инфекцию и гепатит:
 - А) 1 раз в год
 - Б) 1 раз в 5 лет
 - В) 1 раз в 6 месяцев
12. Методы профилактики ВИЧ-инфекции:
 - А) проведение санитарно-просветительной работы, тщательное обследование всех доноров крови, защищенный половой контакт, строгое соблюдение санэпидрежима, проведение инвазивных процедур строго по показаниям
 - Б) ношение респиратора, витаминотерапия, массаж
 - В) своевременная диагностика, дезинфекция, дератизация
13. Универсальные меры профилактики медработников:
 - А) не общаться с пациентами
 - Б) каждого пациента условно считать как ВИЧ-инфицированного, осторожно обращаться с острыми инструментами, спецодежда для защиты кожи,

слизистых, наличие аварийных аптечек, ведение аварийного журнала, регулярные профилактические обследования

В) гигиена рук медработников

14. Типы вирусов гепатита, известные в настоящее время:

А) А, Б, В, Г

Б) А, С, Д, Е

В) А, В, С, Д, дельта, Е, G, TTV

15. Вирусный гепатит характеризуется преимущественным поражением:

А) желудка

Б) легких

В) печени

16. Гепатиты, передающиеся энтеральным путем:

А) А и Е

Б) В, С, Д

В) В, Е

17. Гепатиты, передающиеся парентеральным путем:

А) А и Е

Б) В, С, Д

В) В, Е

18. В распространении какого типа гепатита исключительную роль играет фактор «грязных рук» и несоблюдение правил личной гигиены:

А) В

Б) С

В) А

19. Какой гепатит называют «ласковым убийцей»:

А) С

Б) Д

В) Е

20. Приказ «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» №:

А) 345 от 10.08.2000 г.

Б) 408 от 12.07.1989 г.

В) 120 от 07.03.1960г.

Вариант 2.

1. Дезинфекция инструментария при гепатитах проводится растворами:

А) 3% хлорамин 60 минут, 6% перекись водорода 60 минут

Б) 3% хлорамин 2 часа

В) 3% перекись 60 минут

2. К донорству крови не допускаются:

А) перенесшие в прошлом вирусный гепатит, бывшие в контакте, наличие клинических и лабораторных признаков патологии печени

Б) с язвенной болезнью желудка или ДПК, с ОРВИ

В) мужчины в возрасте после 40 лет

3. Контингенты, подлежащие обследованию на гепатит:

А) дети первого года жизни

Б) больные онкологическими заболеваниями, принимающие гормональную терапию, пенсионеры

В) доноры, беременные, реципиенты крови (дети первого года жизни), персонал ЛПУ работающий с кровью, больные с хроническими заболеваниями печени, контингенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров

4. Клинические показания для обследования на ВИЧ-инфекцию:

А) лихорадка более 1 месяца, диарея более 1 мес., увеличение лимфоузлов двух и более групп, необъяснимая потеря массы тела более чем на 10%,

затяжные рецидивирующие пневмонии, пиодермии, подострый энцефалит и др.

Б) психические заболевания, неукротимая рвота, кашель более 3 недель, хронический ринит

В) дизентерия, холецистит, хронический бронхит, ОРВИ

5. Показания к обследованию на ВИЧ-инфекцию (с подозрением или подтвержденным диагнозом и СПИД-индикаторные заболевания):

А) рак легких, сифилис, токсикомания

Б) наркомания, ЗППП, саркома Капоши, лимфома мозга, лейкоз, туберкулез, гепатит, ЦМВ инфекция, герпес

В) лейкемия, гастрит, неврит зрительного нерва, панкреатит

6. При попадании любого дезинфицирующего препарата в глаза нужно:

А) промыть водой, при раздражении закапать раствор альбурцида, при болях – 1-2% раствор новокаина

Б) промыть раствором бриллиантовой зелени

В) не промывая, закапать раствор протаргола

7. Специальная одежда, защищающая медсестру от возможного попадания крови и других биологических жидкостей на кожу или слизистые оболочки при выполнении манипуляций:

А) хирургический костюм, колпак

Б) маска, халат, шапочка

В) халат, мед. шапочка, одноразовые резиновые перчатки, респиратор, очки, влагонепроницаемый фартук

8. Манипуляции, при которых может произойти заражение кровью или другими биологическими жидкостями:

А) аускультация пациента, измерение артериального давления

Б) инвазивные процедуры, соприкосновение со слизистыми оболочками, соприкосновение с поврежденной кожей пациентов, контакт с поверхностями, загрязненными кровью

В) термометрия, ультразвуковое исследование

9. Чаще подвержены риску медработники, соприкасающиеся с:

А) кровью и ее компонентами, спермой, вагинальным секретом, слюной, слезами, потом, грудным молоком инфицированной женщины

Б) моча, кал, мокрота

В) спинномозговая жидкость, пунктат из лимфоузла

10. При попадании крови на халат, одежду:

А) снять халат и сдать в стирку

Б) обработать это место 3% раствором хлорамина, обеззаразить перчатки, затем снять халат и погрузить в 3% раствор хлорамина на 1 час, затем сдать в стирку

В) продолжать работать, в конце дня халат сменить

11. При уколе, порезе:
 А) сразу же снять перчатки, промыть руки с мылом под проточной водой, смазать йодом место укола
 Б) снять перчатки и заклеить ранку лейкопластырем
 В) прямо в перчатках вымыть руки с мылом под проточной водой, снять перчатки и погрузить в дезраствор, выдавить из ранки под проточной водой 2 – 3 капли крови, промыть ее под струей воды с мылом, обработать 70 % спиртом, промыть еще раз водой, обработать 5% раствором йода и заклеить лейкопластырем
12. При попадании крови на кожные покровы:
 А) с мылом промыть участок кожи под струей воды, затем обработать 70% спиртом
 Б) обработать 3% перекисью водорода
 В) смазать 5% раствором йода
13. При попадании биологической жидкости в рот:
 А) прополоскать рот 2% раствором соды
 Б) прополоскать рот и горло 70% спиртом или слабым раствором перманганата калия
 В) смазать горло раствором йодиола
14. После аварийной ситуации за пострадавшим устанавливается наблюдение в течение:
 А) 1 года
 Б) двух недель
 В) 6 месяцев
15. Повторные исследования на наличие антител к ВИЧ после аварийной ситуации проводятся:
 А) через 3, затем через 6 месяцев
 Б) через месяц, затем через 2 недели
 В) через трое суток, а затем через месяц
16. При попадании биологической жидкости в нос:
 А) хорошо высморкаться и закапать раствор альбуцида
 Б) промыть проточной водой или слабым раствором марганцовки, закапать 1% раствор протаргола
 В) промыть 70% спиртом
17. Для уменьшения риска перед надеванием перчаток нужно обработать кожу ногтевых фаланг:
 А) 70% спиртом
 Б) 96% спиртом
 В) йодом
18. Если целостность кожных покровов на руках нарушена, то перед началом работы ранки следует:
 А) забинтовать
 Б) закрыть лейкопластырем или смазать клеем БФ
 В) смазать раствором бриллиантового зеленого
19. Вакцинация против гепатита В на территориях с высокой заболеваемостью должна проводиться:
 А) 1 – в первый день жизни ребенка, 2 – 1 месяц, 3 – 55-6 месяц жизни
 Б) 1 раз в первый месяц жизни
 В) в 1 месяц и в 6 месяцев (двухкратно)
20. Вакцинация взрослых против гепатита В (непривитых в детстве) проводится:
 А) 1 раз до 40 лет
 Б) двухкратно с промежутком в 3 месяца
 В) по схеме 0-3-6 (трехкратно с интервалом в 3 месяца)

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

20 правильных ответов - отлично

19-16 правильных ответов - хорошо

15-11 правильных ответов - удовлетворительно

11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание 2.

- Заполните недостающую часть в таблице, отражающей действия медицинской сестры при инфекционной аварии.
- Продемонстрируйте алгоритм действий при ВИЧ аварийной ситуации

Ситуация	Действия медсестры
1.Кровь попала на перчатку	
2.Кровь попала в глаза	
3.Кровь попала в нос	
4.Кровь попала в рот	
5.Кровь попала на кожу рук	
6.Произошел прокол кожи потенциально инфицированной иглой	
7.Кровь попала на халат	

Правила и алгоритм работы учащегося по решению ситуационных задач.

- Перед началом решения задачи следует внимательно прочитать ситуационную задачу.
- Вспомнить и указать нормативный документ или иной источник данных, который регламентирует алгоритм выполнения данного задания.
- Написать последовательность своих действий, опираясь на алгоритм выполнения манипуляций.
- Указать перечень необходимых для оформления документов.

Задание 4. Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА № 1. В боксе инфекционного отделения на лечении находится пациент с гепатитом В. Младшей медицинской сестре необходимо провести дезинфекцию следующих объектов:

- постельное белье
- посуда
- судно

матрац и подушка
рвотные массы
испражнения
моча

Задание:

1. Определите вид проводимой дезинфекции.
2. Каким образом проводится дезинфекция представленных объектов, согласно приказу №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране» и СП 1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемическому надзору за вирусными гепатитами».
3. Какой вид дезинфекции проводится после выписки пациента?
4. Продемонстрируйте алгоритм дезинфекции.

ЗАДАЧА № 2. Младшая медицинская сестра инфекционного отделения оказывала помощь пациенту с гепатитом С. После снятия перчаток, согласно приказа № 408, она должна обработать руки после контакта с инфекционным больным.

Задание:

1. Какой вид дезинфекции проводится в данном случае?
2. Определите порядок обработки рук персонала после контакта с больным гепатитом.
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки рук.

ЗАДАЧА № 3. Старшая медицинская сестра поручила младшей медицинской сестре провести ревизию аварийной аптечки и обеспечить ее полную комплектацию согласно приказу Приложение 12 к СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

Задание:

1. О каком приказе идет речь?
2. Составьте перечень содержимого аварийной аптечки.
3. Продемонстрируйте алгоритм действия при ВИЧ аварийной ситуации.

ЗАДАЧА № 4. При транспортировке крови произошло ее разбрызгивание и кровь попала на слизистую глаз младшей медсестры.

Задание:

1. Оцените ситуацию.
2. Какими профилактическими мероприятиями пренебрегла медицинская сестра?
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки слизистых при ВИЧ аварийной ситуации.

ЗАДАЧА № 5.

Младшая медицинская сестра, в процедурном кабинете, во время работы уколола палец потенциально инфицированной иглой. От гепатита «В» не привита.

Задание:

1. Обозначить ситуацию.
2. Составить план мероприятий, регламентированный приказом №170 от 1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфекции в РФ» и приказом №408 от 1989 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».
3. Продемонстрируйте алгоритм обработки рук.

Вопросы для заключительного контроля :

1. Профилактика вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции.
2. Этиология вирусных гепатитов.
3. Профилактика и противоэпидемические мероприятия, регламентирующие приказы.
4. Возбудитель ВИЧ-инфекции.
5. Пути передачи.
6. Причины роста.
7. Эпидемиология, клиника, профилактика, лечение.
8. Правила работы с пациентами при подозрении на ВИЧ-инфекцию.
9. Основные регламентирующие документы, определяющие работу по профилактике ВИЧ-инфекции.

Тема: Тема 4. Правила обработки рук медицинского персонала

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Правила обработки рук медицинского персонала.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

Задание 1.

1. Прочитав материал лекции, и согласно СанПиН 2.1.3.2630-10, заполните алгоритм деконтаминации рук при различных уровнях.
2. Продемонстрируйте технику деконтаминации рук различных уровней.

Уровни деконтаминации рук

Гигиенический	Хирургический
Мытьё рук с использованием антисептических средств способствует более эффективному удалению временных микроорганизмов. Гигиеническая обработка проводится: Перед выполнением инвазивных процедур Перед уходом за пациентами с ослабленным иммунитетом Перед и после ухода за ранами и мочевым катетером До одевания перчаток и после их снятия После контакта с биологическими жидкостями пациента или после возможного обсеменения рук	Хирургическая обработка проводится: перед любым хирургическим вмешательством и предполагает специальную обработку рук. Применяются те же антисептические средства, что и при гигиенической обработке. Используется определённая методика обеззараживания рук.

Гигиеническая обработка включает следующие этапы: мытьё рук обработка антисептиком. Обработка антисептиком проводится не менее 2 минут	
---	--

Задание 2. Внимательно прочитайте задачу, и дайте правильный ответ.

Задача 1

Младшая медицинская сестра перед уходом за ослабленным пациентом вымыла руки простым мылом и водой, надела перчатки.

1. Какую ошибку сделала медсестра?
2. Какие рекомендации Вы могли бы ей дать?
3. Продемонстрируйте примеры мытья рук с использованием антисептических средств.

Задача 4

В неврологическом отделении пациент попросил помочь ему пообедать. Младшая медицинская сестра, перед просьбой пациента заполняла температурный лист, она его отложила и сразу пошла в палату, кормить пациента.

1. Какую ошибку она допустила?
2. Как необходимо обрабатывать руки, перед кормлением пациента?
4. Продемонстрируйте примеры мытья рук.

Задача 5

В урологическом отделении медицинская сестра, попросила младшую медицинскую сестру, помочь ей в постановки мочевого катетера пациенту. Она приготовила для мытья рук жидкое мыло.

1. Какую ошибку сделала медицинская сестра?
2. Как необходимо обрабатывать руки перед постановкой мочевого катетера.
3. Продемонстрируйте технику мытья рук.

Задача 6

Младшая медицинская сестра меняла постельное белье пациенту, когда медицинская сестра попросила её помочь разлить пациентам компот. Протерев руки влажной салфеткой, младшая медсестра стала разливать компот.

1. Оцените действие младшей медсестры.
2. Продемонстрировать обработку рук, перед раздачей пищи.

Задача 7

Младшая медицинская сестра перед обработкой пациенту полости рта вымыла руки с мылом и вытерла их вафельным полотенцем, которое до этого использовала медицинская сестра.

1. Какую ошибку сделала младшая медицинская сестра?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 8

Перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом, младшая медицинская сестра вымыла руки кусковым мылом и вытерла их бумажным полотенцем.

1. Какую ошибку она совершила?
2. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Задача 9

После посещения туалета родственница пациента сразу стала нарезать ему хлеб и сыр. Затем, вымыла руки и стала кормить своего родственника.

1. Какую ошибку она допустила?
2. Как бы Вы, после увиденного, провели разъяснительную беседу с родственницей больного, по соблюдению мер личной гигиены.
3. Продемонстрируйте алгоритм мытья рук.

Критерии оценки выполнения

- 5 (*отлично*) – правильная оценка характера ситуации; полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа,
4 (*хорошо*) – правильная оценка характера ситуации полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов
3 (*удовлетворительно*) – правильная оценка характера ситуации, неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднение в аргументации;
2 (*неудовлетворительно*) – неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента;

Вопросы для итогового контроля знаний:

1. Что такое деконтаминация рук.
2. Назовите уровни (способы) деконтаминации рук.
3. Требования к рукам медицинского работника.
4. Гигиена рук медицинского персонала.
5. Техника мытья рук ПинН 2.1.72790-10 «Санитарно

Тема: Тема 5. Бельевой режим в ЛПУ

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Бельевой режим в ЛПУ.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Бельевой режим в ЛПУ

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Бельевой режим в ЛПУ», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:
В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Тесты.

Цель сестринской помощи пациенту в уходе за телом – обеспечение

- А) чистоты и безопасности
- Б) комфорта и защищенности
- В) независимости и адаптации к своему состоянию
- Г) личной гигиены и ухода

Общий комфорт пациенту невозможен без

- А) проведения личной гигиены
- Б) приема калорийной пищи
- В) смена постельного белья
- Г) смены нательного белья

Белье в лечебных отделениях хранят в

- А) материальной комнате
- Б) санитарной комнате
- В) шкафах процедурного кабинета
- Г) шкафах на посту медсестры

Способ смены постельного белья зависит от

- А) тяжести заболевания
- Б) режима двигательной активности
- В) особенностей заболевания
- Г) врачебных заболеваний

Способ смены нательного белья пациенту зависит от

- А) режима двигательной активности
- Б) тяжести состояния
- В) возможности и желания помочь сестре
- Г) устройства кровати

В уходе за пациентом сестре следует

- А) быть внимательной и терпеливой
- Б) комментировать результаты анализов
- В) проявлять такт и выдержку
- Г) побуждать к самоуходу

Внимательно прочитайте утверждения. Дополните предложения, вставив пропущенные слова.

7. Смена белья должна проводиться по мере загрязнения регулярно, но не реже 1 раза в дней.
8. Личная гигиена - это меры, направленные на соблюдение чистоты собственного и на тщательный уход за ним.
9. Специальный уход позволяет обслуживать пациентов определенного типа
10. Смену белья родильницам проводят 1 раз в дня, нательного и полотенец -, подкладных салфеток по
11. Смена белья пациентам после операций должна проводиться до прекращения выделений из ран.
12. В отделении должен храниться запас чистого белья.
13. Тяжелобольным под простыню подкладывают
14. 2-й способ: больного поворачивают на бок ближе к кровати.
15. Смену нательного белья производят по мере его загрязнения или одновременно со сменой белья.

Задание 2.

Решение ситуационных задач.

Внимательно прочитайте задачу. Дайте полный ответ.

Задача 1. Пациент в течение двух часов находился на загрязнённом мокром постельном белье.

Задания:

Укажите проблемы пациента.

В чём заключается помощь пациенту?

Продемонстрируйте смену постельного белья 1 способом.

Задача 2. Пациент, находящийся на постельном режиме, испытывает дискомфорт из-за присутствия крошек на постельном белье.

Задания:

Укажите проблемы пациента.

В чём заключается помощь пациенту?

Продемонстрируйте смену постельного белья 2 способом.

Задача 3. Медицинская сестра случайно испачкала нательное белье тяжелобольному пациенту с поврежденной левой рукой во время кормления через зонд.

Задания:

Укажите проблемы пациента.

В чём заключается помощь пациенту?

Продемонстрируйте алгоритм смены нательного белья.

Тема: Тема 6. Дезинфекция

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Дезинфекция.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1. Техника безопасности при работе с дезинфекантами.

Выполните ситуационное задание:

1. Вы медицинская сестра хирургического отделения. К Вам в отделение пришел студент медицинского колледжа для прохождения практики. Проведите инструктаж студента по технике безопасности при работе с дезинфекантами.
2. Продемонстрируйте алгоритм разведения дезсредств.

1. _____.
2. _____.
3. _____.
4. _____.
5. _____.
6. _____.

Задание 2. Принципы оказания первой помощи при отравлении дезинфекантами.

Выполните ситуационное задание:

1. При работе медсестры с хлорамином произошло её отравление. Составьте план первой помощи:

2. Продемонстрируйте алгоритм оказания первой помощи.

Задание 3. Приготовьте дезинфицирующее средство.

Какое количество сухого хлорамина и воды необходимо взять для приготовления:

- 1) 3 литров 5%-ного р-ра хлорамина =
- 2) 7 литров 3%-ного р-ра хлорамина =
- 3) 10 литров 0,5%-ного р-ра хлорамина =
- 4) 6 литров 1%-ного р-ра хлорамина =
- 5) 4 литров 0,2%-ного р-ра хлорамина =

Задание 4. Тестовый контроль

Выполнение тестовых заданий по теме: Дезинфекция.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Дезинфекция», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один или несколько правильных ответов, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов.

Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1

1. Комбинированная дезинфекция – это сочетание методов

- а) физический + механический
- б) физический + химический
- в) механический + химический
- г) механический+физический+химический

2. Мероприятия по удалению патогенных микроорганизмов и их переносчиков в присутствии источника инфекционного заболевания – это

дезинфекция

- а) профилактическая
- б) очаговая
- в) текущая
- г) заключительная

3. При проведении дезинфекционных мероприятий погибают

- а) только бактерии
- б) только вирусы
- в) вегетативные формы микроорганизмов
- г) вегетативные и споровые формы микроорганизмов

4. Физический метод дезинфекции – это

- а) стирка, мытье, проветривание
- б) протирание дезсредствами
- в) воздействие высокой температурой, паром, излучением
- г) использование антибиотиков

5. Наибольшей устойчивостью во внешней среде обладают

- а) вирусы
- б) грибы
- в) споры
- г) бактерии

6. К дезинфектантам, обладающим коррозионной активностью, относятся группы

- а) хлорсодержащих
- б) ЧАС
- в) альдегидсодержащих

- г) гуанидинов
7. Эффективность дезинфекционных мероприятий проверяют
- химическими индикаторами
 - азопирамовой пробой
 - путем смывов с различных поверхностей и посевом на питательные среды
 - пробой с суданом III
8. К химическому методу дезинфекции относится
- обработка дезинфектантами
 - использование УФО
 - использование бактериальных фильтров
 - использование пара под давлением
9. Дезинфектантом, обладающим спороцидной активностью, можно проводить
- предстерилизационную очистку
 - дезинфекцию и предстерилизационную очистку
 - дезинфекцию и стерилизацию
 - дезинфекцию высокого уровня
10. Инструменты после инвазивных манипуляций в целях дезинфекции
- протирают дезраствором двукратно с промежутком в 15 минут
 - погружают в дезраствор на время экспозиции
 - ополаскиваются в растворе дезсредства
 - орошаются дезсредством
11. Уничтожение вероятно накопленных микроорганизмов при отсутствии видимого источника инфекции – это дезинфекция
- профилактическая
 - очаговая
 - текущая
 - заключительная
12. Химический метод дезинфекции – это
- использование бактериальных фильтров
 - стирка, мытье, проветривание
 - использование УФО, высокой температуры, пара
 - использование дезсредств
13. Концентрация дезсредства для обработки использованных изделий медицинского назначения зависит от
- степени загрязненности объекта
 - характера выполненной манипуляции
 - срока годности дезраствора
 - физико-химических свойств раствора
14. На емкости с дезраствором не указывают
- концентрацию
 - название раствора
 - дату приготовления или начало использования
 - объект дезинфекции
15. Мероприятия по удалению патогенных микроорганизмов и их переносчиков после удаления источника инфекционного заболевания из основного очага – это дезинфекция
- профилактическая
 - очаговая
 - текущая
 - заклучительная
16. Для совмещения в один этап дезинфекции и предстерилизационной очистки можно использовать дезинфицирующие средства, обладающие
- только дезинфицирующим действием
 - и дезинфицирующим, и моющим действием
 - и дезинфицирующим, и стерилизующим действием
 - и дезинфицирующим, и дезодорирующим действием
17. Для генеральной уборки предпочтительно использовать дезинфектанты, обладающие свойствами
- дезинфицирующими
 - дезинфицирующими и моющими
 - дезинфицирующими и дезодорирующими
 - дезинфицирующими и спороцидными
124. Свойство препаратов, обладающих способностью убивать грибы
- микростатическое
 - бактерицидное
 - вирулицидное
 - фунгицидное
18. Дезинфицирующие средства, образующие защитную пленку на обработанной поверхности, нельзя использовать для дезинфекции
- стен, пола, потолка
 - санитарно-технического оборудования
 - медицинских инструментов
 - манипуляционных столиков, кушеток
19. Заклучительную дезинфекцию должны проводить специалисты
- ЛПУ
 - дезинфекционной службы
 - карантинной службы
 - инфекционной больницы
20. Целью дезинфекции является уничтожение
- всех микробов и их спор
 - только патогенных микробов
 - только условно-патогенных микробов
 - и патогенных, и условно-патогенных микробов (кроме спорных)

Вариант 2.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один или несколько правильных ответов, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Дезинфекции подлежат

- а) все изделия после использования в ЛПУ
- б) только те изделия, которые соприкасались со слизистыми оболочками пациента
- в) только хирургические инструменты
- г) только те изделия, которые соприкасались с кровью пациента

2. При механической дезинфекции применяются способы

- а) УФО
- б) влажная уборка
- в) орошение дезсредством
- г) стирка

3. Одноразовые изделия медицинского назначения после использования подлежат

- а) уничтожению
- б) дезинфекции, а затем утилизации
- в) дезинфекции, а затем стерилизации
- г) очистке, а затем утилизации

4. Документ, подтверждающий соответствие дезинфектанта Госстандарту

- а) лицензия
- б) методическая разработка
- в) инструкция
- г) сертификат

5. Дезинфекция - это комплекс мероприятий, направленных на

- а) предупреждение попадания микробов в рану
- б) уничтожение или уменьшение количества микробов в ране или организме в целом
- в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микробов на эпидемиологически значимых объектах больничной среды
- г) уничтожение всех микробов и их спор

6. Профилактическая дезинфекция проводится

- а) медицинским персоналом в очаге инфекционных заболеваний непосредственно у постели больного
- б) дезинфекционной службой после госпитализации или выписки пациента
- в) для предупреждения возникновения инфекционных заболеваний в ЛПУ
- г) в очаге инфекционного заболевания

7. Дезинфекционные мероприятия в ЛПУ при отсутствии выявленного источника инфекции – это дезинфекция

- а) профилактическая
- б) текущая
- в) генеральная
- г) очаговая

8. Заключительная дезинфекция проводится

- а) при всех инфекционных заболеваниях
- б) только при особо опасных заболеваниях
- в) только при вирусных инфекциях
- г) при особо опасных инфекциях и при заболеваниях, возбудители которых очень устойчивы во внешней среде

9. Заключительная дезинфекция проводится при

- а) любых инфекциях
- б) особо опасных инфекциях
- в) особо опасных инфекциях и инфекционных заболеваниях, возбудители которых обладают высокой устойчивостью во внешней среде
- г) вирусных инфекциях

10. Дезинфектанты, обладающие высокой токсичностью и спороцидными свойствами, чаще относятся к группе

- а) кислородосодержащих
- б) ЧАС
- в) альдегидсодержащих
- г) хлорсодержащих

11. Дезинфекционные мероприятия в очаге в присутствии источника инфекции – это дезинфекция

- а) очаговая
- б) профилактическая
- в) заключительная
- г) генеральная

12. Физический метод дезинфекции – это

- а) стирка, мытье, проветривание
- б) использование УФО, высокой температуры, пара
- в) использование дезсредств
- г) использование бактериальных фильтров

13. Перед обеззараживанием показана предварительная очистка медицинских изделий при работе с дезинфектантами

- а) хлорсодержащими
- б) альдегидсодержащими
- в) кислородсодержащими
- г) ЧАС

14. В очаге инфекционного заболевания проводится дезинфекция

- а) профилактическая
- б) текущая
- в) генеральная
- г) заключительная

15. Дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидными свойствами, вызывают гибель

- а) грибов
- б) бактерий
- в) вирусов
- г) прионов

16. Продолжите утверждение «Дезинфекции подлежат ...»:

- 1) все изделия после применения их у пациентов
- 2) только изделия, подлежащие стерилизации
- 3) только изделия, контактировавшие с кровью
- 4) только изделия, используемые у инфекционных больных
- 5) только хирургический инструментарий

17. Текущая дезинфекция в режимном кабинете проводится:

- 1) каждые 2 часа в течение рабочей смены
- 2) не менее 2 раз в сутки
- 3) 2 раза в смену
- 4) ежедневно
- 5) 1 раз в неделю

18. Выберите, каким из перечисленных способов при химическом методе дезинфекции разрешается проведение дезинфекции медицинского

инструментария:

- 1) замачивание
- 2) засыпание
- 3) погружение
- 4) орошение
- 5) протирание

19. Определитесь, какому препарату вы отдадите предпочтение при проведении дезинфекции медицинского инструментария:

- 1) обладающему дезинфицирующим и моющим эффектом
- 2) обладающему только дезинфицирующим действием
- 3) обладающему только моющим действием
- 4) обладающему стерилизующим действием
- 5) обладающему фунгицидным действием

20. Генеральная уборка соматических палат проводится с периодичностью:

- 1) 1 раз в 3 дня
- 2) 1 раз в 7 дней
- 3) 1 раз в 30 дней
- 4) произвольно
- 5) ежедневно

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

20 правильных ответов - отлично

19-16 правильных ответов - хорошо

15-11 правильных ответов - удовлетворительно

11 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Вопросы для итогового контроля.

- 1. Понятие «дезинфекция».
- 2. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ.
- 3. Приказы, регламентирующие способы, режимы и средства для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.
- 4. Характеристика современных средств дезинфекции.
- 5. Токсичность дезинфицирующих препаратов.
- 6. Меры предосторожности.

Тема: 7. Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения
Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

- 1. Определите, какое из предложенных утверждений является верным:
 - 1) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на очистку инструментария от биологических и химических загрязнений
 - 2) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение всех форм микрофлоры, включая споры
 - 3) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов
 - 4) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на остановку раз-вития патогенных микроорганизмов
 - 5) стерилизация – это комплекс санитарно-гигиенических мероприятий
- 2. Укажите, какие изделия медицинского назначения подлежат стерилизации:
 - 1) только хирургический инструментарий
 - 2) любые изделия медицинского назначения
 - 3) все изделия, которые соприкасаются пациентом
 - 4) только инструментарий для проведения инъекций

- 5) все изделия, которые соприкасаются с раневой поверхностью, контактиру-ющие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактируют со слизистой и могут травмировать её
3. Какие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизацион-ной очистке:
- 1) все изделия, подлежащие стерилизации
 - 2) все изделия, прошедшие дезинфекцию
 - 3) только изделия, имеющие видимые следы органических загрязнений
 - 4) все изделия после использования
 - 5) все металлические инструменты
4. Укажите цель предстерилизационной очистки:
- 1) удаление белковых, жировых, механических загрязнений, остатков дезин-фектанта и лекарственных средств
 - 2) уничтожение патогенной и условно-патогенной микрофлоры
 - 3) уничтожение всех видов микрофлоры, включая споры
 - 4) уничтожение патогенных микроорганизмов
 - 5) уничтожение сапрофитной микрофлоры
5. Для оценки качества предстерилизационной очистки изделий медназна-чения необходимо использовать:
- 1) постановку азопирамовой пробы (при pH дезсредства более 8,5-фенолфталеиновой пробы)
 - 2) постановку йодокрахмальной пробы
 - 3) смывы на кишечную палочку
 - 4) визуальную оценку
 - 5) биотесты
6. Выберите из предложенных изделий те, которые подлежат предстерили-зационной очистке:
- 1) гинекологические зеркала
 - 2) подкладные судна
 - 3) термометр
 - 4) кружка Эсмарха
 - 5) ватные тампоны
7. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы было получено 6 положительных проб на зажимах Кохера. Какие действия медперсонала необходимы в данной ситуации:
- 1) персонал подлежит увольнению
 - 2) персонал проводит повторную обработку всей партии инструментов и по-вторный контроль
 - 3) персонал отстраняется от проведения обработки инструментария
 - 4) персонал проводит повторную обработку 6 зажимов Кохера
 - 5) персонал проводит повторную обработку всех инструментов, имеющих замковые части
8. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 зажимах Кохера получено розово-фиолетовое окрашивание. Определите дальнейшие действия медработника:
- 1) вся партия инструментария подлежит повторному контролю для выявления всех плохо отмытых инструментов
 - 2) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат повторной предстерилизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат списанию
 - 4) инструменты, давшие положительную азопирамовую пробу, подлежат ан-तिकоррозийной обработке
 - 5) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
9. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 корнцангах получено бурое окрашива-ние. Определите дальнейшие действия медработника:
- 1) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю
 - 2) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат повторной предстери-лизационной очистке
 - 3) инструменты, давшие бурое окрашивание, подлежат списанию
 - 4) инструменты, давшие бурое окрашивание подлежат использованию после антикоррозийной обработки
 - 5) проводится повторный контроль старшей медсестрой для оценки работы персонала
10. Определите сроки использования рабочего раствора азопирама для оценки качества проведенной предстерилизационной очистки при температуре + 25С:
- 1) 30 минут
 - 2) 1 час 20 минут
 - 3) 40 минут
 - 4) 2 часа
 - 5) 10 дней при условии прозрачности раствора
11. Выберите второе требование к инструментам из предложенного: «Для проведения азопирамовой пробы инструменты для контроля должны быть сухими и ……»
- 1) «…остывшими до комнатной температуры»
 - 2) «…горячими»
 - 3) «…остывшими до 50 градусов»
 - 4) «…чистыми»
 - 5) второго условия не существует
12. Младшая медсестра для проведения предстерилизационной очистки использует моющий комплекс с перекисью водорода. После 2-х кратного использования раствор приобрел розовое окрашивание. Определите дальнейшие действия младшей медсестры:
- 1) она должна приготовить новый моющий комплекс
 - 2) она может пользоваться этим же раствором до истечения суток
 - 3) она должна добавить в моющий комплекс перекись водорода в соотношении 2 к 1
 - 4) она должна прокипятить моющий комплекс
 - 5) она должна добавить в моющий комплекс пищевую соду
13. Назовите основной нормативный документ, регламентирующий обработ-ку медицинского инструментария:
- 1) СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-низациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
 - 2) приказ МЗ СССР № 170
 - 3) приказ МЗ РФ № 342
 - 4) приказ главного врача по ЛПУ
 - 5) приказ МЗ СССР № 408
14. Установите правильное соотношение между:

Определение:	Его сущность:
--------------	---------------

1. стерилизация	а) уничтожение вредных насекомых
	б) полное уничтожение микроорганизмов всех видов на всех стадиях развития
2. дезинфекция	в) уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов (кроме их спор) в объектах внешней среды

Кажите правильное соответствие упаковок для стерилизации в автоклаве:

- а) крафт-пакет, открытая емкость
- б) крафт-пакет, 2-х слойная бязевая упаковка
- в) бикс, открытая емкость
- г) открытая емкость

16. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и _____ методами.

17. Стерильный стол накрывают на _____ часов.

Режим стерилизации ИМН из металла в сухожаровом шкафу:

- а) $t = 100^{\circ}\text{C} - 60$ мин в) $t = 180^{\circ}\text{C} - 20$ мин
- б)

19. Режим стерилизации ИМН из стекла в автоклаве:

- а) $160^{\circ}\text{C} - 150$ минут в) $132^{\circ}\text{C} - 20$ минут, давление 2 атм
- б) $180^{\circ}\text{C} - 60$ минут г) $132^{\circ}\text{C} - 20$ минут, давление 1,1 атм

20. Недостатки воздушного метода стерилизации:

- а) необходимость использования более высоких температур
- б) не вызывает коррозии металлов
- в) не происходит увлажнение упаковки
- г) медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий

Вариант II

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один или несколько правильных ответов, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов.

Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Тестовый контроль

Установите правильное соотношение:

Методы стерилизации:	
Физический	а) воздушный, газовый
	б) паровой, воздушный
2. Химический	в) газовый, плазменный
	г) плазменный, гласперленовый

2. Резиновые перчатки стерилизуют в _____.

3. Недостатки парового метода стерилизации:

- а) вызывает коррозию инструментов
- б) обладает щадящим действием на стерилизуемый материал
- в) осуществляется при сравнительно невысокой температуре
- г) увлажняет стерилизуемые изделия

4. Преимущества воздушного метода стерилизации:

- а) необходимость использования более высоких температур
- б) не вызывает коррозии металлов
- в) не происходит увлажнение упаковки
- г) медленное и неравномерное прогревание стерилизуемых изделий

5. Стерильность ИМН в открытой емкости сохраняется в течение:

- а) 6 часов в) 20 суток
- б) 3 суток г) ИМН используются сразу после стерилизации

6. Укажите правильное соответствие упаковок для стерилизации в сухожаровом шкафу:

- а) открытая ёмкость, крафт-пакет
- б) крафт-пакет, 2-х слойная бязевая упаковка
- в) 2-х слойная бязевая упаковка
- г) бикс с фильтром

7. Контроль работы стерилизаторов проводят химическим, бактериологическим и _____ методами.

8. Режим стерилизации ИМН из стекла в сухожаровом шкафу:

а) $t = 180^{\circ}\text{C} - 60$ мин в) $t = 132^{\circ}\text{C} - 20$ мин.

б) $t = 180^{\circ}\text{C} - 20$ мин г) $t = 120^{\circ}\text{C} - 45$ мин.

Режим стерилизации ИМН из резины в автоклаве:

а) $132^{\circ}\text{C} - 20$ минут, 2 атм в) $180^{\circ}\text{C} - 60$ минут, 2 атм

б) $120^{\circ}\text{C} - 45$ минут, 1,1 атм г) $120^{\circ}\text{C} - 20$ минут, 1,1 атм

Оптимальный режим использования 6 % перекиси водорода с целью стерилизации медицинских инструментов:

а) $t = 18^{\circ}$, 320 минут в) $t = 50^{\circ}$, 180 минут

б) $t = 18^{\circ}$, 180 минут г) $t = 50^{\circ}$, 160 минут

11. Определите сроки использования рабочего раствора азопирама для оценки качества проведенной предстерилизационной очистки при температуре + 25С:

1) 30 минут

2) 1 час 20 минут

3) 40 минут

4) 2 часа

5) 10 дней при условии прозрачности раствора

12. Выберите второе требование к инструментам из предложенного: «Для проведения азопирамовой пробы инструменты для контроля должны быть сухими и ……»

1) «…остывшими до комнатной температуры»

2) «…горячими»

3) «…остывшими до 50 градусов»

4) «…чистыми»

5) второго условия не существует

13. Младшая медсестра для проведения предстерилизационной очистки использует моющий комплекс с перекисью водорода. После 2-х кратного использования раствор приобрел розовое окрашивание. Определите дальнейшие действия младшей медсестры:

1) она должна приготовить новый моющий комплекс

2) она может пользоваться этим же раствором до истечения суток

3) она должна добавить в моющий комплекс перекись водорода в соотношении 2 к 1

4) она должна прокипятить моющий комплекс

5) она должна добавить в моющий комплекс пищевую соду

14. Назовите основной нормативный документ, регламентирующий обработ-ку медицинского инструментария:

1) СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к орга-низациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

2) приказ МЗ СССР № 170

3) приказ МЗ РФ № 342

4) приказ главного врача по ЛПУ

5) приказ МЗ СССР № 408

15. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы на 6 зажимах Кохера получено розово-фиолетовое окрашивание. Определите дальнейшие действия медработника:

1) вся партия инструментария подлежит повторному контролю для выявления всех плохо отмытых инструментов

2) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат повторной предстерилизационной очистке

3) инструменты, давшие положительный результат азопирамовой пробы, под-лежат списанию

4) инструменты, давшие положительную азопирамовую пробу, подлежат ан-тикоррозийной обработке

5) вся партия инструментария подлежит повторной предстерилизационной очистке и повторному контролю

16.. Определите, какое из предложенных утверждений является верным:

1) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на очистку инструментария от биологических и химических загрязнений

2) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение всех форм микрофлоры, включая споры

3) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов

4) стерилизация – это комплекс мероприятий, направленных на остановку раз-вития патогенных микроорганизмов

5) стерилизация – это комплекс санитарно-гигиенических мероприятий

17. Укажите, какие изделия медицинского назначения подлежат стерилизации:

1) только хирургический инструментарий

2) любые изделия медицинского назначения

3) все изделия, которые соприкасаются пациентом

4) только инструментарий для проведения инъекций

5) все изделия, которые соприкасаются с раневой поверхностью, контактиру-ющие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекционными препаратами, а также контактируют со слизистой и могут травмировать её

18. Выберите из предложенных изделий те, которые подлежат предстерили-зационной очистке:

1) гинекологические зеркала

2) подкладные судна

3) термометр

4) кружка Эсмарха

5) ватные тампоны

19. При проведении контроля качества предстерилизационной очистки с применением азопирамовой пробы было получено 6 положительных проб на зажимах Кохера. Какие действия медперсонала необходимы в данной ситуации:

1) персонал подлежит увольнению

2) персонал проводит повторную обработку всей партии инструментов и по-вторный контроль

3) персонал отстраняется от проведения обработки инструментария

4) персонал проводит повторную обработку 6 зажимов Кохера

5) персонал проводит повторную обработку всех инструментов, имеющих замковые части

20. Какие изделия медицинского назначения подлежат предстерилизацион-ной очистке:

1) все изделия, подлежащие стерилизации

2) все изделия, прошедшие дезинфекцию

3) только изделия, имеющие видимые следы органических загрязнений

4) все изделия после использования

5) все металлические инструменты

Задание 2. Контроль качества предстерилизационной очистки.

1. Заполните таблицу.
2. Приготовьте контрольные средства для проведения проб.



Тема 8. Организация безопасной среды для пациента и персонала

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Организация безопасной среды для пациента и персонала.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Вопросы для фронтального опроса по теме.

Факторы риска для пациентов в ЛПУ.

Выявление пациентов с высоким риском несчастных случаев.

Помощь младшего сестринского персонала, направленная на снижение риска падений, травм, ожогов, отравлений и поражений электрическим током.

Вредное воздействие на организм хлор- и фенолсодержащих дезинфектантов, sensibilizаторов (лекарственных средств), фотосенсибилизаторов.

Симптомы, связанные с чрезмерным воздействием некоторых токсичных химических препаратов.

Способы защиты от воздействия токсичных веществ: использование защитной одежды, вентиляции, обучение персонала, уход за кожей.

Правила техники безопасности при работе с ртутьсодержащим оборудованием.

Неблагоприятное воздействие на сестру вредных микробиологических факторов: виды возбудителей, беременность и опасность воздействия микробиологических факторов на плод.

Неблагоприятное воздействие облучения.

Меры, направленные на предупреждение облучения сестринского персонала.

Выполнение тестовых заданий по теме: Организация безопасной среды для пациента и персонала

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Организация безопасной среды для пациента и персонала» для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1 вариант

Выберите один правильный ответ

Эмоциональное благополучие и комфорт предусматривает один из режимов:

больничный

общий

лечебно-охранительный

санитарный

Пациент при болях в животе занимает положение:

активное

пассивное

индивидуальное

вынужденное

Наука, помогающая эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии, не нанося вреда здоровью:

1. безопасная больничная среда

2. биомеханика

3. эргономика

4. вертебрология

Автор положения пациента в постели «полусидя-полулёжа»:

1. Симс

2. Фаулер

3. Джонсон

4. Хенджерсон

Фактором, обуславливающим риск падения пациентов после перемены положения тела, является:

возраст пациента старше 65 лет

неправильная техника перемещения

плохое настроение

высокое артериальное давление

Среда, позволяющая в наиболее полной мере удовлетворять потребности всех участников лечебно-диагностического процесса:

режим эмоциональной безопасности

лечебно-охранительный режим

безопасная больничная среда

инфекционная безопасность

Какой режим назначен пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии:

1. палатный

2. строгий постельный

3. постельный

4. общий

Наука о применении принципов механики для изучения движения тела:

1. механика

2. биомеханика

3. эргономика

4. динамика

Автор положения «промежуточное между положением на животе и на боку»:

1. Фаулер

2. Хендерсон

3. Симс

4. Аллен

Пациенту с одышкой даже в покое целесообразно придать положение в постели:

Симса

на боку

Фаулера

сидя

2 вариант

Выберите один правильный ответ

Среда, позволяющая в наиболее полной мере удовлетворять потребности всех участников лечебно-диагностического процесса:

режим эмоциональной безопасности

лечебно-охранительный режим

безопасная больничная среда

инфекционная безопасность

Наука, помогающая эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии, не нанося вреда здоровью:

безопасная больничная среда

биомеханика

эргономика

вертебрология

Наука о применении принципов механики для изучения движения тела:

1. механика

2. биомеханика

3. эргономика

4. динамика

Пациент при болях в животе занимает положение:

активное

пассивное

индивидуальное

вынужденное

Фактором, обуславливающим риск падения пациентов после перемены положения тела, является:

Возраст пациента старше 65 лет

неправильная техника перемещения

плохое настроение

высокое артериальное давление

Эмоциональное благополучие и комфорт предусматривает один из режимов:

больничных

общий

лечебно-охранительный

санитарный

Пациенту с одышкой даже в покое целесообразно придать положение в постели:

Симса
на боку
Фаулера
сидя
Автор положения пациента в постели «полусидя-полулёжа»:
Симс
Фаулер
Джонсон
Хенджерсон
Автор положения «промежуточное между положением на животе и на боку»:

1. Фаулер
2. Хендерсон
3. Симс
4. Аллен

Какой режим назначен пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии:

1. палатный
2. строгий постельный
3. постельный
4. общий

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

10 правильных ответов - отлично

9-8 правильных ответов - хорошо

7 правильных ответов - удовлетворительно

6 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

Задание №1.

В терапевтическое отделение поступила пациентка Н, 58 лет, с жалобами на чувство онемения левой руки и левой ноги, слабость в конечностях, невозможность встать с кровати. Данное состояние не позволяет самостоятельно провести гигиенические мероприятия.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план выполнения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 2.

Пациент С, 60 лет, находится на стационарном лечении в неврологическом отделении с парезом нижних конечностей (нарушена двигательная функция). Не может самостоятельно поворачиваться в постели. Есть потенциальная проблема- риск развития пролежней.

Выявите проблемы.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 3.

Пациент П, 48 лет, поступил на стационарное лечение по поводу воспаления левого коленного сустава.

В отделение доставлен на кресле – каталке, из – за боли в суставе сам пересесть на кровать не может. При попытке встать пациент падает.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 4.

Пациент С, 54 года, находится на лечении в травматологическом отделении. Назначено дополнительное исследование ЭКГ. Пациент после операции по поводу перелома правой голени, назначен постельный режим.

Выявите проблемы пациента.

Составьте план решения.

Продемонстрируйте выполнение.

Задание № 5.

В кардиологическом отделении поступил тяжелобольной К, 60 лет с диагнозом инфаркт миокарда. Врач назначил строгий постельный режим. Пациент не может самостоятельно переместиться к изголовью кровати.

1. Выявите проблемы пациента.

2. Составьте план решения.

3. Продемонстрируйте выполнение.

Тема 9. Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Контрольные вопросы

1. Как влияет чрезмерная физическая нагрузка на организм медицинской сестры (к каким заболеваниям приводит)?
2. Дайте определение- Биомеханика тела медицинской сестры.
3. Дайте определение -эргономика
4. Правильная организация рабочего места медсестры — профилактика травм позвоночника.
5. Правильная биомеханика в положении стоя
6. Правильная биомеханика в положении сидя
7. Подготовка к перемещению Правила перемещения.
8. Вспомогательные средства поднятия и подъемные устройства.
9. Особенность работы в бригаде при перемещении пациента.
10. Перечислите разновидности Easyslide.

Выполнение тестовых заданий по теме: Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Профилактика профессиональных заболеваний медицинских работников.», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Биомеханика тела сестры в положении стоя

- А) подбородок в горизонтальной плоскости
- Б) туловище слегка наклонено вперед
- В) спина прямая, колени расслаблены
- Г) ступни на ширине плеч

2. Биомеханика тела сестры в положении сидя

- А) Спина прямая, мышцы живота напряжены
- Б) Плечи в одной плоскости с бедрами
- В) Колени ниже бедер
- Г) Ступни на ширине плеч

3. Биомеханика для медсестры в положении сидя на стуле

- А) Спинка стула перпендикулярна к сидению
- Б) Спинка стула соответствует верхним углам лопаток
- В) 2/3 длины бедер расположены на сиденье
- Г) Стопы не касаются пола

4. При работе в бригаде при перемещении пациента важно помнить

- А). Старшая по должности медицинская сестра принимает на себя наиболее легкую часть тела пациента
- Б) За состоянием пациента должен наблюдать один из членов бригады.
- В). Командовать должны все члены бригады
- Г) Согласовывать действия с членами бригады не нужно

5. Биомеханика тела сестры при поднятии тяжести

- А) Груз не прижимать к себе
- Б) Туловище наклонить слегка вперед
- В) Спина прямая, сгибать только колени
- Г) Ноги шире плеч, одна выдвинута вперед

6. Дополните предложение

Биомеханика — наука, изучающая правила.....

7. Правильная биомеханика тела сестры позволяет

- А) удерживать равновесие
- Б) предотвращать травмы позвоночника
- В) предупреждать пролежни
- Г) исключать дискомфорт

8. При перемещении пациента в постели сестре следует

- А) придать постели горизонтальное положение
- Б) убрать подушку и одеяло
- В) наклониться вперед
- Г) слегка присесть

9. Эргономика-наука изучающая

- А) врачебные назначения
- Б) состояние опорно-двигательного аппарата
- В) состояния зрения и слуха
- Г) взаимосвязи людей и окружающей среды в целях безопасного труда.

10. Вспомогательные средства при перемещении пациента

- А) пояс от ремня
- Б) простынь
- В) одежда пациента
- Г) Easyslide.

Задание 2.

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

На практику в ГВВ №2 в 9 неврологическое отделение пришли студенты на практику. Постовая сестра попросила 2 студенток поднять и переместить пациента Иванова К 72 лет. На стул. Студенты придя в палату увидели грузного пациента и испугались, что заболит у них спина от тяжести и пошли к постовой сестре за консультацией о правильной биомеханике тела при поднятии пациента.

Задание: Продемонстрируйте технику передвижения пациента с недостаточностью самохода.

Задача № 2.

К медицинской сестре 8 неврологии Федоркиной И. П. обратилась родственница пациента перенесенного инсульта с вопросом о вспомогательных средствах при перемещении пациента.

Задание:

- 1. Провести беседу приготовить памятку о вспомогательных средствах помогающих перемещать тяжелобольных пациентов.
- 2. Продемонстрируйте технику передвижения пациента с недостаточностью самохода.

Тема: Тема 10. Порядок обращения с медицинскими отходами.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: . Порядок обращения с медицинскими отходами.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Вопросы для фронтального опроса:

- Какие классы отходов вы знаете?
- Отходы класса А состоят из...?
- Отходы класса Б состоят из...?
- Отходы класса В состоят из...?
- Отходы класса Г состоят из...?
- Отходы класса Д состоят из...?
- Сбор и утилизация отходов класса А осуществляется...?
- Сбор и утилизация отходов класса Б и В осуществляется...?
- Сбор и утилизация отходов класса Г и Д осуществляется?
- При сборе и утилизации отходов различных классов не допускается?
- Требование предъявляемые к лицам, осуществляющим сбор отходов?

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Порядок обращения с медицинскими отходами.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Порядок обращения с медицинскими отходами», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. К отходам класса В относится:
 - а) бумага
 - б) мокрота больного туберкулезом
 - в) желчный пузырь после холецистэктомии
 - г) шприцы из терапевтического отделения
2. Отходы класса А собирают в одноразовую упаковку (пакет) цветом:
 - а) желтого
 - б) красного
 - в) белого
3. К отходам класса Г относится:
 - а) разбитый градусник
 - б) мокрота больного туберкулезом
 - в) желчный пузырь после холецистэктомии
 - г) шприцы из терапевтического отделения
4. Отходы класса Б и В перед утилизацией необходимо:
 - а) Ссыпать вместе в желтый пакет и загерметизировать.
 - б) Ссыпать в красный пакет и загерметизировать
 - в) Провести дезинфекцию отходов.
5. Что нельзя делать при работе с отходами разного класса:
 - а) Проводить дезинфекцию отходов
 - б) Работать в спецодежде
 - в) Пересыпать отходов класса Б и В в одну емкость
6. Радиоактивные и ионизирующие отходы относятся к классу:
 - а) А
 - б) Б
 - в) В
 - г) Г
 - д) Д
7. К отходам класса А относится:
 - а) Шприц после инъекции.
 - б) Пустая коробка из-под лекарственного препарата
 - в) Почка после нефрэктомии
 - г) Рентген аппарат.
8. К отходам класса Г относится:
 - а) Дезинфицирующее средство.
 - б) Пустая ампула из-под лекарства.
 - в) Одноразовый скальпель после операции
9. При использовании одноразовых контейнеров для сбора острого инструментария допускается их заполнение в течение:
 - а) 3 суток
 - б) 1 сутки
 - в) по мере заполнения
 - г) 12 часов.
10. Сбор отходов в местах их образования осуществляется в течение:
 - а) 24 часов.
 - б) 7 дней.
 - в) рабочей смены.
11. Отходы класса А могут быть захоронены на:
 - а) обычных полигонах по захоронению твердых бытовых отходов.

б) необходимо уничтожать на специальных установках по обезвреживанию отходов ЛПУ термическими методами
в) осуществляется, в соответствии с гигиеническими требованиями предъявляемыми к порядку накопления, транспортирования, обезвреживания и захоронения токсичных промышленных отходов.

12. Опасные отходы относятся к классу:

- а) А
- б) Б
- в) В
- г) Г
- д) Д

13. Чрезвычайно опасные отходы относятся к классу:

- а) А
- б) Б
- в) В
- г) Г
- д) Д

14. Отходы класса В собирают:

- а) белый пакет
- б) желтый пакет
- в) красный пакет
- г) не имеет значение.

Задание 2. Установите соответствие

а) отходы класс А	1. Перед сбором обязательно дезинфицируется.
б) отходы класса Б	2. Собирают в пакеты белого цвета.
в) отходы класса В	3. Собирают в фтизиатрических отделениях.
г) отходы класса Г	4. Называют опасными.
д) отходы класса Д	5. Осуществляется специализированными организациями по обращению с радиоактивными отходами, имеющими лицензию на данный вид деятельности
е) запрещаться при работе с отходами	6. Утрамбовывать отходы.
ё) необходимо при работе с отходами	7. Работать в перчатках и спецодежде.

Задание 3. Ситуационные задачи

Задача №1.

Вы процедурная медсестра. По окончании смены ваша обязанность вынести мусор, провести дезинфекцию многоцветных емкостей для сбора мусора класса А и Б.

Перед Вами:

1. лоток с пустыми ампулы от лекарственных препаратов;
2. пустой коробок от лекарственного препарата;
3. использованные ватные шарики (прошли дезинфекцию);
4. использованные шприцы (прошли дезинфекцию);
5. использованные системы для в/в вливаний (прошли дезинфекцию);
6. пакеты и упаковка от шприцев и систем;
7. заполненный контейнер с использованными иглами.

Задание: Рассортировать отходы по емкостям для сбора отходов класса А и Б.

Задача №2.

Вы старшая медсестра отделения. После ревизии Вы обнаружили просроченные лекарственные препараты, несколько флаконов дезсредства, документацию которую уже не нужно хранить, канцтовары вышедшие из строя.

Задание: Продемонстрировать как вы будите собирать и утилизировать данные отходы.

Задача №3.

Вы операционная медсестра. После операции нужно собрать отходы в соответствии с СанПин.

Перед Вами:

- использованные одноразовые скальпели и иглы (прошли дезинфекцию);
- использованные, кровавые марлевые салфетки (не прошли дезинфекцию);
- использованные одноразовые халаты, чепчики, бахилы загрязнены кровью (не прошли дезинфекцию);
- упаковка от стерильных перчаток, шелка, кетгута, стерильного белья, одноразового скальпеля.

Задание: Соберите отходы в соответствии с СанПин.

Задача №4.

Вы старшая медсестра терапевтического отделения. У Вас новая буфетчица.

Задание: Проведите инструктаж по утилизации пищевых отходов в данном отделении.

Тема 1. Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Назовите нормативную базу регламентирующую оказание первой помощи
2. Порядок действий при оказании первой помощи пострадавшему.
3. Оценка опасности сложившейся ситуации и меры безопасности при проведении первой помощи.
4. Устранение причин поражения.
5. Оценка тяжести поражения пострадавшего по степени опасности для жизни. Обследование пострадавшего с целью определения вида травмы и ее локализации (опрос, осмотр, освобождение пострадавшего от одежды и обуви).

6. Проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение поражений (алгоритм действий первой помощи).
7. Организация транспортировки пострадавшего в медицинское учреждение.

Выполнение тестовых заданий по теме: Организация и объем первой помощи. Юридические аспекты.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

1. Первая помощь, это:

Вид помощи, включающий комплекс простейших мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пострадавшего, предупреждение развития тяжелых осложнений, выполняемый на месте происшествия и вблизи него любым участником дорожного движения.

Вид помощи, включающий комплекс лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации, направленных на устранение последствий поражений, угрожающих жизни пострадавших.

2. Укажите, для чего проводится комплекс простейших мероприятий помощи. первой

1. Для прекращения действия повреждающих факторов причин, угрожающих жизни
2. Для временного устранения пострадавшего.
3. Для поддержания жизни пострадавшего.
4. Для предупреждения развития тяжелых осложнений.
5. Все перечисленное верно.

3. Вызов помощи входит в комплекс мероприятий первой помощи.

1. Да.
2. Нет.

4. «Золотой час» — это:

1. Время с момента получения травмы до поступления в больницу.
2. Время с начала оказания помощи до поступления в больницу.
5. «Золотой час» для пострадавшего, получившего травму, начинается: -
 1. С момента начала оказания помощи.
 2. С момента получения травмы.

6. Перечислите первоочередные мероприятия первой - помощи.

1. Обеспечение безопасного оказания помощи.
2. Остановка наружного кровотечения.
3. Обеспечение и поддержание проходимости дыхательных путей.
4. Проведение простейших противошоковых мероприятий.
5. Сердечно-легочная реанимация.
6. Все перечисленное.

7. Укажите, с чего начинают оказание первой помощи.

1. Обеспечение безопасного оказания помощи.
2. Остановка наружного кровотечения.
3. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
4. Проведение простейших противошоковых мероприятий.
5. Сердечно-легочная реанимация.

8. Перечислите сведения, которые необходимо сообщить диспетчеру при вызове скорой медицинской помощи в случае ДТП.

1. По возможности точный адрес места происшествия и ориентиры места ДТП.
2. Характер происшествия (столкновение, переворачивание, наезд).
3. Примерное время происшествия.
4. Количество пострадавших, наличие погибших.
5. Зажатие пострадавших.
6. Номер телефона, с которого был сделан вызов скорой медицинской помощи, Ф.И.О. звонившего.
7. Характер дополнительных опасностей (разлив топлива, переворачивание опасного груза, возгорание и др.).
8. Все перечисленное.

9. Укажите порядок сообщения информации о ДТП диспетчеру скорой медицинской помощи.

1. Адрес места происшествия. Характер происшествия. Время происшествия. Наличие пострадавших.
2. Наличие пострадавших. Характер происшествия. Время происшествия. Адрес места происшествия.
3. Характер происшествия. Время происшествия. Наличие пострадавших. Адрес места происшествия.

10. Какие сведения о пострадавших в ДТП необходимо сообщить в первую очередь диспетчеру скорой медицинской помощи.

1. Количество пострадавших, в том числе детей.
2. Зажатие пострадавших.
3. Наличие беременных женщин.
4. Наличие пожилых людей.
5. Состояние тяжести пострадавших.
6. Количество погибших, в том числе детей.

11. Первую помощь имеют право оказывать:

1. Прохожий.
2. Водитель.
3. Сотрудник ГИБДД.
4. Медицинский работник.
5. Спасатель.

12. Верно ли утверждение: пострадавший может отказаться от оказания первой помощи.
1. Да.
 2. Нет.
13. Спасующий должен спросить разрешение у пострадавшего на его осмотр если тот, адекватен и находится в сознании.
1. Да.
 2. Нет.
14. Спасующий должен спросить разрешение у пострадавшего на проведение манипуляций первой помощи, если тот адекватен и находится в сознании.
1. Да.
 2. Нет.
15. Выберите верную последовательность мероприятий - первой помощи в ДТП
1. Провести осмотр пострадавших; оказать первую помощь, вызвать скорую медицинскую помощь; обеспечить собственную безопасность.
 2. Обеспечить собственную безопасность и безопасность пострадавших; вызвать скорую медицинскую помощь; провести осмотр пострадавших; оказать первую помощь.
16. В ДТП в первую очередь необходимо:
1. Немедленно оказать первую помощь пострадавшему.
 2. Обеспечить безопасность оказания помощи.
17. В ДТП на ваших глазах пострадало два человека: у одного из пострадавших «признаки жизни» не определяются, но есть возможность провести СЛР, у другого наружное кровотечение. Какому из пострадавших необходимо оказать помощь в первую очередь?
1. Пострадавшему без «признаков жизни».
 2. Пострадавшему с наружным кровотечением.
18. Укажите последовательность «спасательных - вопросов».
1. Что? Где? Когда? Кто? Как?
 2. Где? Что? Когда? Кто? Как?
 3. Кто? Что? Где? Когда? Как?
19. Транспортировка пострадавших входит в мероприятия первой помощи.
1. Да.
 2. Нет.
20. Вы оказываете помощь пострадавшим в ДТП. В салоне пострадавшего автомобиля находится три человека:
 Водитель — без сознания.
 У пассажира, рядом с водителем — открытая рана предплечья, сильного кровотечения из раны нет.
 На заднем сиденье — ребенок 6 лет, плачет. Видимых повреждений у ребенка нет.
- Кому из пассажиров вы окажите помощь в первую очередь?
1. Водителю.
 2. Пассажиру, сидящему на переднем сиденье.
 3. Ребенку.

Задание № 2. Отработка алгоритма вызова скорой помощи.

В выполнении задания участвуют 2 студента.

- 1 студент, оператор скорой помощи по приёму вызовов.
- 2 студент, прохожий, который должен вызвать скорую помощь.

Продемонстрируйте алгоритм вызова скорой помощи.

Тема 2. Виды нарушений сознания. Кома. Признаки нарушений сознания и способы их определения.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Виды нарушений сознания. Кома. Признаки нарушений сознания и способы их определения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Ответьте на вопросы:

1. Характеристика состояний, сопровождающихся потерей сознания.
2. Виды потери сознания. Кома.
3. Причины возникновения.
4. Признаки потери сознания и способы их определения (по стандартам сестринской деятельности – стандарт определения наличия сознания).
5. Возможные осложнения, связанные с потерей сознания, степень их опасности и способы их предупреждения.
6. Первая помощь при нарушениях сознания.
7. Перечень мероприятий первой помощи и последовательность их проведения при нарушениях сознания, вызванных различными видами травм и поражений.
8. Особенности транспортировки при потере сознания.

Задание 1.

Внимательно прочитайте задачу. Дайте полный ответ.

Задача 1.

У больного Л., при попытке подняться с кровати, после планового оперативного вмешательства, появилась резкая слабость, закружилась голова. Потери сознания не было.

1. Что за состояние развилось у пациента? Почему это могло произойти?
2. Тактика младшей медсестры.

Задача 2.

У больной Е., при взятии общего анализа крови в хирургическом отделении во время обследования возникла потеря сознания на срок до 5 секунд. После применения нашатырного спирта сознание сразу восстановилось.

1. Что за состояние развилось у пациента?
2. Какова Ваша тактика.

Задача 3.

Мальчик К., находится в бессознательном состоянии на полу после удара электрическим током вследствие повреждения электрической проводки. Состояние больного тяжелое, внешнее дыхание сохранено, пульс на сонных артериях не прощупывается.

1. Что за состояние пострадавшего?
2. Ваша тактика.
3. Продемонстрируйте методику проведения сердечно-легочной реанимации.

Задача 4.

У больного К., на пляже закружилась голова, повысилась температура тела. Потерял сознание на 5 секунд. Обратился за помощью в медпункт.

1. Что за состояние возникло у больного?
2. Ваша тактика в данной ситуации.

Тема 3. Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Выполнение тестовых заданий по теме: Остановка дыхания и кровообращения. Базовая сердечно-лёгочная реанимация.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Вариант 1.

1. Укажите симптомы клинической смерти:
 - 1) отсутствие пульса на лучевой артерии, отсутствие сознания, редкое дыхание
 - 2) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонной артерии
 - 3) сохранение зрачкового рефлекса, ослабление пульса на сонной артерии
 - 4) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового рефлекса, сохранение пульса на сонной артерии
 - 5) отсутствие дыхания, отсутствие пульса на лучевой артерии, ослабление зрачкового рефлекса
2. Укажите достоверный признак биологической смерти:
 - 1) отсутствие сознания
 - 2) отсутствие дыхания
 - 3) отсутствие сердцебиения
 - 4) отсутствие реакции зрачка на свет
 - 5) трупное очечение
3. Укажите этапы проведения сердечно-легочной реанимации:
 - 1) искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца
 - 2) восстановление проходимости дыхательных путей, непрямой массаж сердца
 - 3) восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких
 - 4) непрямой массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, искусственная вентиляция легких,
 - 5) восстановление проходимости дыхательных путей, внутрисердечное введение адреналина
4. Назовите один из основных симптомов клинической смерти:
 - 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие артериального давления на периферических сосудах
 - 3) симптом «кошачьего глаза»
 - 4) трупные пятна
 - 5) мертвенно бледная окраска кожи
5. Назовите один из дополнительных симптомов клинической смерти:
 - 1) отсутствие дыхания
 - 2) отсутствие сознания
 - 3) полное расслабление всей гладкой и поперечнополосатой мускулатуры
 - 4) отсутствие кровообращения
 - 5) симптом «кошачьего глаза»
6. В критических ситуациях пульс у новорожденного необходимо определять:
 - 1) на лучевой артерии
 - 2) на плечевой артерии

- 3) на височной артерии
 - 4) на сонной артерии
 - 5) на бедренной артерии
7. Реанимация проводится:
- 1) в каждом случае внезапно развившейся клинической смерти
 - 2) только детям
 - 3) взрослому населению работоспособного возраста
 - 4) только молодым и здоровым людям
 - 5) детям от 1 месяца и взрослым до 65 лет
8. Сердечно-лёгочная реанимация не показана в случае:
- 1) наличия признаков биологической смерти
 - 2) отсутствия зрачкового рефлекса
 - 3) отсутствия дыхания
 - 4) отсутствия сознания
 - 5) отсутствия кровообращения
9. Для проведения сердечно-легочной реанимации пострадавшего необходимо уложить:
- 1) в устойчивое боковое положение
 - 2) на спину, на уровне колен реаниматора
 - 3) с валиком под голову
 - 4) с опущенным головным концом
 - 5) на кровать
10. Укажите, с какого этапа начинают проводить СЛР:
- 1) непрямой массаж сердца
 - 2) искусственная вентиляция лёгких
 - 3) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
 - 4) введение препаратов внутривенно
 - 5) электрическая дефибрилляция
11. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой:
- 1) 12-14 вдохов в 1 минуту
 - 2) 16-18 вдохов в 1 минуту
 - 3) 1-2 вдоха в 1 минуту
 - 4) 9-12 вдохов в 1 минуту
 - 5) 18-20 вдохов в 1 минуту
12. Максимальное время проведения СЛР:
- 1) 5 минут
 - 2) 30 минут
 - 3) 1 час
 - 4) 2 часа
 - 5) 45 минут
13. Реаниматор при СЛР располагается:
- 1) с правой стороны
 - 2) с любой стороны
 - 3) с левой стороны
 - 4) сзади
 - 5) лицом к пострадавшему
14. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой:
- 1) 20-30 компрессий в 1 минуту
 - 2) 100-120 компрессий в 1 минуту
 - 3) 130-140 компрессий в 1 минуту
 - 4) 50-60 компрессий в 1 минуту
 - 5) 120-130 компрессий в 1 минуту
15. При проведении реанимации соотношение компрессий и вдохов:
- 1) 18:1
 - 2) 15:1
 - 3) 30:2
 - 4) 10:2
 - 5) 15:2
16. ИВЛ наиболее эффективна:
- 1) при сгибании головы пострадавшего
 - 2) при разгибании головы пострадавшего
 - 3) при боковом левом положении пострадавшего
 - 4) при боковом правом положении пострадавшего
 - 5) положение пострадавшего не имеет значения
17. К причинам недостаточной эффективности искусственной вентиляции легких относятся все, кроме?
- 1) частота искусственной вентиляции легких 10 - 14 в 1 минуту;
 - 2) отсутствие проходимости дыхательных путей;
 - 3) плохая герметизация между ртом реаниматора и носом больного;

- 4) недостаточный объем воздуха, поступающего в дыхательные пути больного
5) нет правильного ответа

18. Для клинической смерти характерны все симптомы кроме одного:
1) отсутствие сердцебиения.
2) сужение зрачков.
3) цианоз или бледность кожных покровов.
4) судороги (клонические, тонические).
5) отсутствие дыхания

19. Причинами терминальных состояний являются:
1) острые (массивные) кровопотери.
2) тяжелые (массивные) травмы.
3) острые отравления.
4) острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок.
5) все ответы верны.

20. ИВЛ проводится правильно, если у пациента:
1) восстанавливается самостоятельное дыхание
2) грудная клетка остаётся неподвижной
3) грудная клетка при вдувании воздуха поднимается вверх
4) наблюдаются редкие самостоятельные вдохи
5) появляется пульс на периферических артериях

Вариант 2.

1. Воздуховод применяется с целью:
1) устранения западения языка
2) восстановления проходимости верхних дыхательных путей на уровне трахеи
3) предупреждения аспирации рвотных масс
4) наиболее удобного проведения СЛР
5) фиксации нижней челюсти
2. Критерием эффективности СЛР является:
1) движение грудной клетки пациента вверх при вдувании воздуха
2) неподвижность грудной клетки пациента при вдувании воздуха
3) появление самостоятельного дыхания
4) появление пульсации на периферических артериях
5) стабилизация артериального давления на периферических артериях
3. Критерии правильности выполнения непрямого массажа сердца:
1) появление пульсовых волн на общей сонной артерии при проведении компрессий
2) появление самостоятельного пульса на общей сонной артерии
3) повышение артериального давления на периферических артериях
4) появление самостоятельного дыхания
5) по изменению цвета кожных покровов
4. При проведении непрямого массажа сердца могут возникнуть осложнения:
1) повреждение пищевода
2) гиповолемия
3) гипогликемия
4) перелом рёбер
5) разрыв лёгких
5. Сердечно-лёгочная реанимация может быть прекращена:
1) если в течение 10 минут реанимация неэффективна
2) при наличии сомнений реаниматора в её эффективности
3) при наличии у пострадавшего признаков глубокого переохлаждения
4) у пострадавших с асоциальной внешностью
5) если в течение 30 минут реанимация неэффективна
6. Фактор, удлиняющий продолжительность клинической смерти:
1) гипотермия
2) гипертермия
3) нормотермия
4) олигурия
5) диспепсия
7. Умеренное запрокидывание головы, выдвигание нижней челюсти вперёд, открывание рта пострадавшего – это:
1) приём Короткова
2) приём Геймлиха
3) приём Саффара
4) приём Маркони
5) приём Зайцева
8. Закрытый массаж сердца следует проводить, располагая ладонь первой руки:
1) в области верхней трети грудины
2) на два пальца ниже мечевидного отростка грудины
3) в области эпигастрия

- 4) на два пальца выше средней трети грудины
5) на два пальца выше мечевидного отростка или на границе средней и нижней трети грудины
9. ИВЛ при помощи мешка Амбу:
1) менее эффективна, но более удобна
2) менее удобна, но более эффективна
3) не более эффективна и безопасна, чем при использовании метода «изо рта в рот»
4) более безопасна для реаниматора в плане передачи инфекции, чем метод «изо рта в рот»
5) может быть осуществлена только врачом-реаниматологом
10. При проведении непрямого массажа сердца у взрослого человека грудина должна прогнуться на:
1) 1-2 см
2) 5-6 см
3) 10 см
4) 8 см
5) 6 см
11. Тройной прием Саффара включает:
1) прекардиальный удар, пальпацию пульса, определение реакции зрачка на свет
2) открывание рта, удаление зубных протезов, фиксирование языка
3) очищение ротовой полости, удаление зубных протезов, запрокидывание головы
4) измерение артериального давления, определение цвета кожных покровов, определение зрачкового рефлекса
5) смещение нижней челюсти книзу, запрокидывание головы, выдвижение вперед нижней челюсти
12. Первые действия младшей медицинской сестры после констатации клинической смерти у больного (пострадавшего):
1) измерение артериального давления на периферических сосудах и вызов врача
2) вызов врача через посредника и немедленное введение сердечных средств
3) вызов врача через посредника и немедленно приступить к сердечно-лёгочной реанимации
4) вызов врача и попытки восстановления дыхания подачей 100% увлажнённого кислорода
5) с измерения артериального давления
13. Основными симптомами клинической смерти являются:
1) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульсации на общих сонных артериях
2) отсутствие сознания, цианоз кожных покровов, отсутствие зрачкового рефлекса
3) отсутствие сознания, отсутствие зрачкового и корнеального рефлексов
4) отсутствие сознания, отсутствие пульсации на лучевых артериях, судороги
5) отсутствие сознания, отсутствие дыхания, судороги
14. Вздутие эпигастральной области во время ИВЛ свидетельствует:
1) о правильности её выполнения
2) об эффективности её выполнения
3) о попадании воздуха в лёгкие
4) о попадании воздуха в желудок
5) бесполезности и безнадёжности ИВЛ
15. К обратимым терминальным состояниям относится:
1) агония
2) биологическая смерть
3) социальная смерть
4) хронические заболевания в их терминальной стадии
5) анисокория
16. Преагония, агония и клиническая смерть относятся к состояниям:
1) допустимым
2) терминальным
3) неординарным
4) клиническим
5) необратимым
17. Реанимация считается эффективной в случае:
1) появления пульсовых волн на общей сонной артерии во время компрессий грудной клетки
2) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 15 мин.
3) если с момента начала реанимационных мероприятий прошло 30 мин.
4) своевременного прибытия бригады скорой помощи
5) появления признаков жизнедеятельности во время её проведения
18. Биологическая смерть начинается с гибели:
1) печени
2) клеток коры головного мозга
3) почек
4) клеток подкорковых структур головного мозга
5) сердца
19. Искусственную вентиляцию легких проводят с частотой:
1) 12-14 вдохов в 1 минуту
2) 16-18 вдохов в 1 минуту
3) 1-2 вдоха в 1 минуту
4) 9-12 вдохов в 1 минуту

- 5) 18-20 вдохов в 1 минуту
20. При непрямом массаже сердца взрослому пострадавшему компрессии грудной клетки осуществляются с частотой:
- 1) 20-30 компрессий в 1 минуту
- 2) 100-120 компрессий в 1 минуту
- 3) 130-140 компрессий в 1 минуту
- 4) 50-60 компрессий в 1 минуту
- 5) 120-130 компрессий в 1 минуту

Задание 2. Карточки с ситуационными задачами для самостоятельной работы студентов
«Сердечно-легочная реанимация»

Карточка №1 (Работа в парах)

Вы оказались на месте автокатастрофы, где пострадала молодая женщина, приблизительно, по словам очевидцев, 30 минут назад. Присутствующие решили, что женщина умерла, так как отсутствовал пульс на сонной артерии и сочли нецелесообразным проводить реанимационные мероприятия. Ваша тактика?

Карточка №2 (Работа в парах)

Во время физических упражнений подросток жевал жевательную резинку, поперхнулся и стал задыхаться: он в сознании, хватается за горло, не может вдохнуть. Охарактеризуйте состояние пострадавшего. Продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №3 (Работа в парах)

Во время еды пожилая женщина внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы резко бледные, дыхание отсутствует. Есть зубные протезы. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №4 (Работа в парах)

Во время бурного обсуждения текущих событий в стране за праздничным столом один из присутствующих гостей внезапно закашлялся, схватился руками за горло. При разговоре появилась охриплость голоса. Отмечает чувство нехватки воздуха, боли в горло при разговоре. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Карточка №5 (Индивидуальная работа)

К Вам обратилась соседка, которая просит помочь ее годовалому сыну. Минуту назад у ребенка во время игры появился сильный кашель, при попытке кричать, плакать звуков не слышно. Ребенок возбужден, появилась одышка, цианоз носогубного треугольника, позывы на рвоту. Мать отмечает, что вокруг ребенка были рассыпаны пуговицы. Охарактеризуйте состояние пострадавшего и продемонстрируйте Вашу тактику.

Вопросы для заключительного контроля:

1. Составляющие, требующие проведения реанимационных мероприятий.
2. Причины нарушения жизненно важных функций организма человека и их исход. Характеристика терминального состояния.
3. Признаки клинической и биологической смерти и их выявление
4. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий.
5. Критерии начала и прекращения базовых реанимационных мероприятий.
6. Техника проведения базовых реанимационных мероприятий у взрослых.
7. Обеспечение безопасности для спасателя и окружающих.
8. Открытие верхних дыхательных путей и проверка наличия нормального дыхания (причины обструкции верхних дыхательных путей).
9. Приемы открытия верхних дыхательных путей (запрокидывание головы и подтягивание подбородка, запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой – на лоб пострадавшего).
10. Алгоритм действия при отсутствии нормального дыхания или при выявлении агонального дыхания (показания для начала проведения базовых реанимационных мероприятий).
11. Компрессии грудной клетки и искусственная вентиляция.
12. Длительность базовых реанимационных мероприятий в соответствии критериями начала/прекращения СЛР.
13. Правила проведения базовых реанимационных мероприятий двумя спасателями.
14. Критерии эффективности базовых реанимационных мероприятий.
15. Риски, связанные с проведением базовых реанимационных мероприятий.
16. Боковое стабильное положение.
17. Особенности проведения базовых реанимационных мероприятий при утоплении, у беременных, у детей, при общем переохлаждении, общем перегревании, травме, поражении электрическим током, отравлениях.

Тема 4. Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Задание 1.

Выполнение тестовых заданий по теме: Раны. Раны. Внутренние и наружные кровотечения.

Уважаемые студенты!

Вашему вниманию предлагаются задания в тестовой форме по теме «Бельевой режим в ЛПУ», для определения вашей готовности к практическому занятию.

Инструкция по выполнению:

В задании нужно выбрать один правильный ответ, поэтому внимательно читайте вопрос и затем просмотрите варианты ответов. Если вопрос вызывает затруднения, оставьте его и перейдите к следующему.

Для свежей раны характерно все, кроме:

- боли;
- кровотечения;
- подергивания мышц;
- зияния.

Интенсивность боли в ране определяет все, кроме:

- количества нервных элементов в зоне повреждения; нервно-психического состояния пострадавшего,
- быстроты ранения;
- величины ранящего снаряда;
- остроты ранящего снаряда.

Вторичным называется инфицирование раны, которое возможно при:

нарушении асептики в момент оказания первой помощи;
нарушении асептики в момент выполнения первичной хирургической обработки;
нарушении асептики во время операции;

получении ее,

Верно ли утверждение, что по причине повреждения раны делят на операционные (преднамеренные), случайные и полученные в бою?

да;

нет.

По инфицированности выделяют раны:

гнойные, асептические, отравленные;

асептические, скальпированные, гнойные;

укушенные, свежеинфицированные, асептические;

чистые, свежеинфицированные, зараженные;

гнойные, свежеинфицированные, асептические.

Микробы в рану при первичном инфицировании попадают с:

пинцета при перевязке, при хирургической обработке;

скальпеля;

рук хирурга;

кожи раненого;

шовного материала.

Какая рана заживает быстрее других?

резаная;

рубленая;

укушенная;

ушибленная;

размозженная.

Через какое время микробы в ране ОБЫЧНО начинают проявлять свою активность?

1-4 ч;

6-8 ч;

10-12 ч;

14-18 ч;

24 ч.

Для местных признаков воспаления характерно все, кроме:

отека;

цианоза;

повышения температуры;

нарушения функции;

болей.

В какой ране более вероятно развитие инфекции?

резаной;

укушенной;

рубленой;

расположенной на лице;

скальпированной.

Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

иссечение краев и дна раны;

вскрытие карманов и затеков;

удаление гнойного отделяемого;

иссечение краев, стенок и дна раны;

промывание раны антисептиком; гемостаз.

Имеют место разные виды заживления ран, кроме:

первичного;

под струпом;

повторного;

вторичного;

отсроченного.

Когда нельзя производить первичную хирургическую обработку раны?

при кровотечении;

при шоке;

в первые часы после ранения;

при ее загрязнении;

при СПИДе.

Верно ли, что по характеру повреждения различают раны колотые, резаные, укушенные, рваные, ушибленные, отравленные, скальпированные, огнестрельные, размозженные?

да;

нет

Голова пациента с носовым кровотечением при оказании неотложной помощи должна быть:

1) повернута влево

2) опущена вниз, подбородок прижат к груди

3) повернута вправо

4) запрокинута назад

5) не имеет значения

16. У пострадавшего на предплечье резаная рана 2х3 см, из раны медленно вытекает кровь темно-вишневого цвета. Необходимо использовать следующий способ временной остановки кровотечения:

1) кровоостанавливающий зажим

2) пальцевое прижатие

3) жгут

4) давящая повязка

5) максимальное сгибание конечности

17. Кровоостанавливающий жгут зимой накладывается на:

- 1) 20 минут
- 2) 1 час
- 3) 2 часа
- 4) 30 минут
- 5) 1,5 часа

18. Кровоостанавливающий жгут летом накладывают на:

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 30 минут
- 4) 15 минут
- 5) 1,5 часа

19. При венозном кровотечении:

- 1) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает медленной струёй
- 2) кровь алая, вытекает пульсирующей, фонтанирующей струёй
- 3) кровь алая, вытекает в такт дыхания
- 4) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает пульсирующей струёй
- 5) кровь тёмно-вишнёвого цвета, вытекает фонтанирующей струёй

20. Самым эффективным способом временной остановки кровотечения при повреждении общей сонной артерии считается:

- 1) наложение кровоостанавливающего жгута на шею
- 2) наложение воротника Шанца
- 3) введение кровоостанавливающих препаратов
- 4) применение кровоостанавливающего зажима
- 5) пальцевое прижатие артерии

21. Наложение артериального жгута на среднюю треть плеча может привести к осложнению:

- 1) гиперемия конечности
- 2) цианоз конечности
- 3) повреждение плечевого нерва
- 4) отёк конечности
- 5) некроз тканей плечелопаточной области

22. У пострадавшего глубокая рана средней трети плеча, из которой пульсирующей струёй вытекает алая кровь. Кровоостанавливающий жгут необходимо наложить:

- 1) на верхнюю треть предплечья
- 2) на нижнюю треть плеча
- 3) на верхнюю треть плеча
- 4) на среднюю треть плеча
- 5) всё перечисленное верно

23. Пострадавшему с повреждением подколенной артерии наложили жгут на нижнюю треть бедра. Ниже места наложения жгута конечность посинела, пульс сохранён, кровотечение продолжается. Причина продолжения кровотечения:

- 1) жгут наложен слишком туго
- 2) жгут наложен слишком высоко
- 3) жгут наложен не достаточно туго
- 4) всё перечисленное верно
- 5) всё перечисленное неверно

24. Наложение венозного жгута может быть использовано при:

- 1) венепункции
- 2) синдроме длительного сдавления
- 3) отёке лёгких
- 4) всё перечисленное верно
- 5) всё перечисленное неверно

25. Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это излияние крови:

- 1) во внешнюю среду;
- 2) в полости организма;
- 3) в ткани организма;
- 4) в ткани, полости организма или во внешнюю среду;
- 5) во внешнюю среду и полости организма.

Критерии оценки.

Подсчитайте количество плюсов и поставьте себе отметку

25 правильных ответов - отлично

2-3 правильных ответов - хорошо

4-8 правильных ответов - удовлетворительно

9 и менее правильных ответов - вы не готовы к занятию.

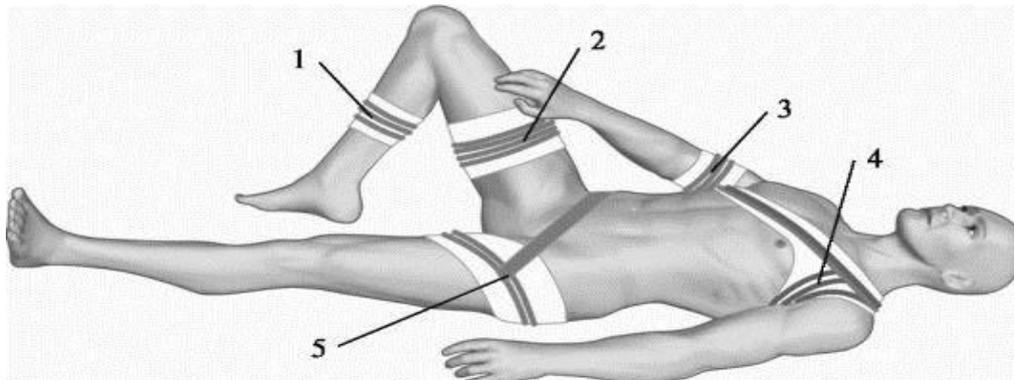
Задание № 2

Заполните таблицу, определив вид кровотечения:



2. Продемонстрируйте технику остановки каждого вида кровотечения.
Задание № 2

1. Укажите типичные места наложения жгута при артериальном кровотечении.
2. Продемонстрируйте технику наложения артериального жгута.



1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Вопросы для итогового контроля:

1. Состояния, требующие проведения реанимационных мероприятий.
2. Причины нарушения жизненно важных функций организма человека и их исход. Характеристика терминального состояния.
3. Признаки клинической и биологической смерти и их выявление
4. Обоснование важности ранних реанимационных мероприятий.
5. Критерии начала и прекращения базовых реанимационных мероприятий.
6. Техника проведения базовых реанимационных мероприятий у взрослых.
7. Обеспечение безопасности для спасателя и окружающих.
8. Открытие верхних дыхательных путей и проверка наличия нормального дыхания (причины обструкции верхних дыхательных путей).
9. Приемы открытия верхних дыхательных путей (запрокидывание головы и подтягивание подбородка, запрокидывание головы путем подведения одной руки под шею больного, а другой – на лоб пострадавшего).
10. Алгоритм действия при отсутствии нормального дыхания или при выявлении агонального дыхания (показания для начала проведения базовых реанимационных мероприятий).
11. Компрессии грудной клетки и искусственная вентиляция.
12. Длительность базовых реанимационных мероприятий в соответствии критериями начала/прекращения СЛР.
13. Правила проведения базовых реанимационных мероприятий двумя спасателями.
14. Критерии эффективности базовых реанимационных мероприятий.
15. Риски, связанные с проведением базовых реанимационных мероприятий.
16. Боковое стабильное положение.
17. Особенности проведения базовых реанимационных мероприятий при утоплении, у беременных, у детей, при общем переохлаждении, общем перегревании, травме, поражении электрическим током, отравлениях.

Тема 5. Первая помощь при нарушениях дыхания. Инородные тела верхних дыхательных путей.

Цель занятия: Проверка и закрепление знаний, обучающихся по теме: Первая помощь при нарушениях дыхания. Инородные тела верхних дыхательных путей.

Задания для практического выполнения/вопросы для семинарского занятия:

Вопросы для фронтального опроса:

1. Виды нарушения дыхания (нарушение проходимости дыхательных путей, неадекватное дыхание, остановка дыхания) и причины их вызывающие.
2. Признаки нарушения дыхания (положение тела, окраска кожных покровов, частота, глубина, ритмичность дыхательных движений и др.).
3. Показатели нарушения дыхания, при которых необходимо проведение искусственной вентиляции легких.
4. Первая помощь при нарушениях дыхания.
5. Способы восстановления проходимости верхних дыхательных путей.
6. Приемы удаления инородных тел из верхних дыхательных путей (Хаймлиха и др.), в том числе в случаях сопровождающихся потерей сознания.
7. Искусственная вентиляция легких при нарушениях дыхания.
8. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
 - 1) придание устойчивого бокового положения;
 - 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка.

Задание 3.

Заполните таблицу.

Впишите признаки полной и частичной закупорки верхних дыхательных путей.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на верхнюю конечность при переломе плеча.

Задача 4.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на нижнюю конечность при переломе голени.

Задание 5.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на нижнюю конечность при переломе бедра.

Задание 6.

Продемонстрируйте алгоритм наложения шин на травме головы.

Задание 7.

Продемонстрируйте алгоритм иммобилизации при переломе тазовых костей.

Задание 8.

Продемонстрируйте алгоритм иммобилизации при переломе позвоночника.

4.2. МДК 04.02. ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Тема 1. Деятельность младшей медицинской сестры приемного отделения.

Цель занятия: изучить деятельность младшей медицинской сестры приемного отделения.

Контрольные вопросы

Приемное отделение больницы: назначение, типы, его основные функции.

Основные структурные подразделения приемного отделения и их назначения.

Основная медицинская документация приемного отделения

Организация поступления больных в стационар: пути поступления, прием и регистрация больных.

Обязанности медицинского персонала приемного отделения: врача, медицинской сестры, младшей медицинской сестры.

Санитарная обработка больных: виды, назначения, основные мероприятия.

Какой порядок проведения санитарной обработки больного?

Выявление педикулеза, нормативные документы относительно организации профилактики и ликвидации педикулеза; санитарная обработка больных с педикулезом.

Способы транспортировки больных.

Как транспортировать больного с носилок на кровать.

В палате расстояние между кроватями 1,5 м. Как транспортировать больного с носилок на кровать двумя медицинскими работниками.

В приемное отделение поступил больной с острым инфарктом миокарда. Как нужно транспортировать больного в отделение.

Как транспортировать больного с сердечной недостаточностью.

Основные понятия темы:

Устройство приемного отделения.

Транспортировка пациента в отделение.

Правила приема пациента в стационар.

Регистрация больных, формы медицинской документации.

Тема 2. Санитарная обработка пациента.

Цель занятия: изучить правила проведения санитарной обработки пациента.

Контрольные вопросы:

1. Дезинфекционные мероприятия при педикулезе.

2. Педикулоцидные препараты.

3. Полная санитарной обработки пациентов.

4. Частичная санитарной обработки пациентов.

Основные понятия темы:

виды санитарной обработки.

полное мытьё пациента, алгоритм выполнения.

частичное мытьё, алгоритм выполнения.

транспортировка пациента

Тема 3. Осуществление безопасной транспортировки пациента. Сопровождение пациента.

Цель занятия: Безопасная транспортировка пациента в сопровождении медицинского работника.

Контрольные вопросы:

Алгоритм безопасной транспортировки пациента.

Правила сопровождения.

Основные понятия темы:

последовательность действий при транспортировке.

оценка достигнутых результатов

Тема 4. Использование специальных средств для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

Цель занятия: изучить и уметь использовать специальные средства размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

Контрольные вопросы:

Эргономика – определение.

Что такое Безопасная больничная среда.

Дать определение Биомеханики.

Перечислите правила младшей мед. сестры для снижения риска возможных травм.

Правильная биомеханика тела в положении стоя.

Правильная биомеханика тела при подъёме тяжестей.
Назовите причины, приводящие к травме позвоночника и спины.
Профилактика остеохондроза при поднятии тяжести и перемещении пациента.
Вспомогательные устройства для размещения и перемещения пациента.
Основные правила перемещения.

Основные понятия темы:
понятия «биомеханика» и «эргономика»
правильная биомеханика тела младшей медицинской сестры в положении сидя, стоя, при подъёме тяжести.
причины, приводящие к травме позвоночника и спины.
вспомогательные устройства для размещения и перемещения пациента.
правила перемещения и размещения пациента с использованием правильной биомеханики тела.

Тема 5. Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви.
Цель занятия: изучить правила получения чистого нательного белья, одежды, обуви.

Контрольные вопросы:
Порядок получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви для пациента.
Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.
Основные понятия темы:
гигиена больничной одежды и обуви
гигиена нательного белья
смена нательного белья
гигиена постельных принадлежностей и постельного белья.

Тема 6. Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами.

Цель занятия: гигиенический уход за тяжелобольными пациентами.
Контрольные вопросы:
Порядок проведения гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода
Санитарно-эпидемиологические требования к соблюдению правил личной гигиены пациента.
Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом.

Основные понятия темы:
этапы ухода за тяжелобольным пациентом
режимы больного
смена постельного белья у тяжелобольного пациента
смена нательного белья у тяжелобольного пациента
уход за полостью рта
профилактика пролежней.

Тема 7. Смена нательного и постельного белья.

Цель занятия: знать алгоритм смены нательного и постельного белья.
Контрольные вопросы:
Порядок получения комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви для пациента.
Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода
Основные понятия темы:
алгоритм подготовки и смены постельного белья у пациента
алгоритм подготовки и смены нательного белья у пациента.

Тема 8. Кормление пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.
Цель занятия: знать способы кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Контрольные вопросы:
Организация питания в стационаре.
Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов.
Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.
Перечень запрещенных к передаче продуктов питания.
Выявление продуктов питания с истёкшим сроком годности, признаками порчи и загрязнения.

Основные понятия темы:
виды питания
кормление тяжелобольного ложкой
кормление тяжелобольного с помощью поильника
введение зонда в желудок
искусственное питание
заполнение системы для капельного кормления через назогастральный зонд
кормление пациента через назогастральный зонд капельно.

Тема 9. Помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений.

Цель занятия: знать алгоритмы простых диагностических исследований.
Контрольные вопросы:
Показатели функционального состояния пациента.
Нормальные показатели АД, ЧДД, пульса. Понятие о лихорадке.
Технологии проведения простых медицинских услуг: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений.

Наблюдение за функциональным состоянием пациента.
Правила информирования медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Основные понятия темы:

измерение температуры тела

измерение частоты пульса

измерение артериального давления

измерение частоты дыхательных движений.

Тема 10. Наблюдение за функциональным состоянием пациента.

Цель занятия: знать правила наблюдения за функциональным состоянием пациента.

Контрольные вопросы:

Показатели функционального состояния пациента.

Нормальные показатели АД, ЧДД, пульса.

Понятие о лихорадке. Виды, периоды лихорадки.

Технологии проведения простых медицинских услуг: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений. Наблюдение за функциональным состоянием пациента.

Правила информирования медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Основные понятия темы:

виды наблюдений, варианты оценки функционального состояния пациентов

степень нарушения сознания

виды лечебно – охранительного режима.

Тема 1. Оказание пособия пациенту при расстройствах процесса пищеварения.

Цель занятия: знать правила наблюдения за функциональным состоянием пациента.

Контрольные вопросы:

Расстройства процесса пищеварения.

Метеоризм.

Тошнота и рвота.

Запор атонический и спастический.

Понос.

Недержание кала. Пособие при дефекации тяжелого больного.

Основные понятия темы:

общие понятия о пищеварении

симптомы расстройства

причины пищеварительных нарушений

метеоризм

тошнота и рвота

алгоритм первой помощи при рвоте

запор атонический и спастический

понос, недержание кала

уход и помощь больным при недержании и неудержании кала.

Тема 2. Оказание пособия пациенту при расстройствах процесса мочевого выделения.

Цель занятия: знать правила оказания помощи пациентам при расстройствах процесса мочевого выделения.

Контрольные вопросы:

Расстройства процесса мочевого выделения.

Недержание мочи.

Острая задержка мочи.

Пособие при мочеиспускании тяжелого больного.

Алгоритм применения подгузников при недержании мочи.

Основные понятия темы:

алгоритм ухода за больными с недержанием мочи

острая задержка мочи

типы задержки мочи

Тема 3. Профилактика пролежней.

Цель занятия: знать алгоритм профилактики при пролежнях.

Контрольные вопросы:

Пролежни, места образования, стадии развития.

Факторы, способствующие развитию пролежней.

Шкалы оценки риска развития пролежней (Ватерлоу).

Основные понятия темы:

общее понятие о пролежнях

места образования пролежней

факторы риска возникновения пролежней:

сестринские вмешательства по профилактике пролежней

Тема 1. Паллиативная помощь. Хоспис.

Цель занятия: знать алгоритм профилактики при пролежнях.

Контрольные вопросы:

Определение паллиативной помощи.

Современная трактовка понятия.

История развития паллиативной медицины.

Формирование методов оказания паллиативной помощи.

Потребность в оказании паллиативной помощи.

Статистические данные.

Внедрение паллиативной помощи в практическую медицину.

Регламентирующие документы по организации паллиативной помощи.

Понятие «качество жизни».

Проблемы качества жизни.

Оптимизация качества жизни терминального больного.
Личностный, субъективный аспект качества жизни.
Восприятие смерти.
Сообщение диагноза.
Врачебная тайна.
Право пациентов на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья.
Основные понятия темы:
общее понятие о паллиативной помощи
понятие «качество жизни»
Тема 2. Психосоциальные и духовные проблемы пациентов.
Цель занятия:
Контрольные вопросы:
Работа в различных подразделениях хосписа и отделениях паллиативной помощи ЛПУ. Составление психологического портрета онкологического пациента в терминальной стадии заболевания (при общении с пациентами и их родственниками).
Выделение духовных, психологических и социальных проблем инкурабельного пациента. Обоснование причины их возникновения.
Психические проблемы: причины, вызывающие тревогу, раздражение, состояние депрессии.
Психологические проблемы: страх боли, госпитализации, смерти, наркотической зависимости при применении обезболивания, беспокойство в связи с отсутствием результата лечения, прекращением посещений пациента родственниками, беспокойство о семье и её будущем.
Социальные проблемы: утрата социального положения, роли в семье, недоступность медицинской помощи, беспокойство о финансовом положении.
Причины их возникновения.
Основные понятия темы:
паллиативная медицина
цели и принципы паллиативной медицины
психический стресс
забота о семье и близких пациента
духовные и культурные проблемы
Тема 3. Основные синдромы и симптомы у инкурабельных пациентов.
Цель занятия: знать основные симптомы и синдромы у инкурабельных пациентов.
Контрольные вопросы:
Нарушения со стороны дыхательной системы (одышка, кашель, кровохарканье). Нарушения со стороны пищеварительной системы (анорексия, икота, отрыжка, тошнота и рвота, запор, диарея, непроходимость кишечника).
Нарушения со стороны мочевыделительной системы (недержание мочи, задержка мочи, полиурия, гематурия, отёки). Изменения со стороны крови (анемия).
Патология костно-мышечной системы (патологические переломы, повреждение суставов, контрактуры).
Осложнения со стороны кожных покровов и слизистых оболочек (зуд, сыпь, трофические раны, лимфорез, пролежни).
Нарушения со стороны нервной системы (астенический синдром, острая спутанность сознания, парезы, параличи, икота).
Своевременное информирование медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.
Основные понятия темы:
общее понятие термина инкурабельность
вопросы диагностики и знаний о диагнозе
сестринская помощь
средства по уходу
хосписы и паллиативные отделения
домашнее содержание
Тема 4. Осуществление элементов ухода за инкурабельными пациентами.
Цель занятия: знать алгоритм ухода за инкурабельными пациентами.
Контрольные вопросы:
Виды и характеристика боли.
Эмоциональная и физическая сторона боли.
Первичная оценка боли.
Шкала боли.
Возможные проблемы пациента, связанные с болью.
Осуществление элементов сестринского ухода при боли.
Оценка результатов сестринского ухода при боли.
Основные понятия темы:
понятие «боль», «болевого порог»
классификация боли
типы болей
оценка боли
лекарственная терапия для устранения боли.
психологические проблемы медицинского персонала.