

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО "Академия технологии и управления")

ОТЧЕТ

о прохождении практики

УП.02.01 Учебная практика

(индекс, вид практики)

ПМ.02 Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

(код и наименование специальности)

Студента 3 курса группы С-9.1-18

Латышова Надежда Александровна

(фамилия, имя, отчество)

место прохождения практики

АНПОО «Академия технологии и управления»

(название организации)

срок прохождения практики с «15 марта» 2021г. по «3 апреля» 2021 г.

Руководитель практики от АНПОО «Академия технологии и управления»

Дроздова Нона Федоровна

(фамилия, имя, отчество)

Новочебоксарск, 2021

Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО "Академия технологии и управления")

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ

УП.02.01 Учебная практика

(индекс, вид практики)

ПМ.02 Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

(код и наименование специальности)

Студента 3 курса группы С-9.1-18

Латышова Надежда Александровна

(фамилия, имя, отчество)

место прохождения практики

АНПОО «Академия технологии и управления»

(название организации)

срок прохождения практики с « 15 марта » 2021 г. по « 3 апреля » 2021 г.

Руководитель практики от АНПОО «Академия технологии и управления»

Дроздова Нона Федоровна

(фамилия, имя, отчество)

Новочебоксарск, 2021

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ УРОВНЕ ОСВОЕНИЯ СТУДЕНТОМ КОМПЕТЕНЦИЙ

УП.02.01 Учебная практика

(индекс, вид практики)

ПМ.02 Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

(код и наименование специальности)

Студента 3 курса группы С-9.1-18

Латышова Надежда Александровна

(фамилия, имя, отчество)

место прохождения практики

АНПОО «Академия технологии и управления»

(название организации)

срок прохождения практики с « 15 марта » 2021 г. по «3 апреля » 2021 г.

Руководитель практики от АНПОО «Академия технологии и управления»

(фамилия, имя, отчество)

СФОРМИРОВАННОСТЬ ОБЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код	Наименование общих компетенций	Уровень сформированности в баллах(2-1-0) см.приложение
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.	
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.	
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.	
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.	
ОК 7.	Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.	
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием,	

	осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.	
ОК 9.	Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.	
ОК 10	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.	
ОК 11	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.	
ОК 12	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	
ОК 13	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.	

СФОРМИРОВАННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код	Наименование профессиональных компетенций	Уровень сформированности в баллах(5-4-3-2) см.приложение
ПК 2.1.	Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.	
ПК 2.2.	Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.	
ПК 2.3.	Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.	
ПК 2.4.	Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.	
ПК 2.5.	Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.	
ПК 2.6	Вести утвержденную медицинскую документацию.	
ПК 2.7	Осуществлять реабилитационные мероприятия.	
ПК 2.8.	Оказывать паллиативную помощь.	

Трудовая дисциплина и соблюдение техники безопасности: Нарушений санитарного режима, трудовой дисциплины, правил техники безопасности и противопожарной безопасности во время прохождения учебной практики выявлено не было.

Выводы о профессиональной пригодности и предложения

Программа учебной практики выполнена полностью.

Оценка по результатам практики _____

Руководитель практики
от АНПОО «Академия технологии и управления»
должность преподаватель спецдисциплин
ФИО _____

_____/_____/_____
(подпись) (фамилия, инициалы)

«__» _____ 20__ г.

**Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО "Академия технологии и управления")**

**ЗАДАНИЕ
НА ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ**

УП.02.01 Учебная практика

(индекс, вид практики)

ПМ.02 Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

(код и наименование специальности)

Студента 3 курса группы С-9.1-18

Латышова Надежда Александровна

(фамилия, имя, отчество)

место прохождения практики

АНПОО «Академия технологии и управления»

(название организации)

срок прохождения практики с «15 марта»2021 г. по «3 апреля»2021 г.

Руководитель практики от АНПОО «Академия технологии и управления»

Дроздова Нона Федоровна

(фамилия, имя, отчество)

Содержание задания на практику

**(перечень подлежащих рассмотрению вопросов в отчете по практике):
алгоритмы**

1. Борьба с кровотечениями в раннем последовом периоде
2. Применение грелки
3. Взятие крови из периферической вены иглой
4. Оказание первой медицинской помощи при анафилактическом шоке
5. Измерение окружности грудной клетки

1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

- 1.1 Организация работы терапевтического отделения стационара
- 1.2 Характеристика сестринских вмешательств
- 1.3 Классификация сестринских вмешательств
- 1.4 Функциональные обязанности медицинской сестры терапевтического отделения

2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

- 2.1 Организация сестринского ухода у больных с хирургическими заболеваниями
- 2.2 Питание хирургических больных: виды лечебного питания.

3. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

- 3.1 Сестринское обследование пациента
- 3.2 Правила профилактики внутрибольничной инфекции (ВБИ)

Содержание структурных частей отчета по практике и перечень обязательных вопросов по каждой части:

ОГЛАВЛЕНИЕ. Указатель заголовков отчета с нумерацией страниц, отражающий рубрикацию разделов и подразделов и ускоряющий поиск их частей.

ВВЕДЕНИЕ. Следует сформулировать цели и задачи. В нем должна содержаться полная информация о месте и сроках прохождения практики и содержать оценку роли медицинской сестры при осуществлении сестринского ухода за пациентами. Здесь же следует аргументировать актуальность темы исследования и указать, какие нормативно-правовые документы вы использовали. Объем введения не превышает 3-х страниц.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ состоит из индивидуальных вопросов, которая демонстрирует умения студента пользоваться полученными знаниями для решения конкретных проблем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Содержит выводы и предложения с их кратким обоснованием в соответствии с поставленной целью и задачами, раскрывает значимость полученных результатов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ. отражает перечень источников, которые использовались при написании отчета по практике, составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента Российской Федерации (в той же последовательности);
- постановления Правительства Российской Федерации (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

ПРИЛОЖЕНИЯ могут состоять из дополнительных справочных материалов, имеющих вспомогательное значение, например: копий документов, выдержек из отчетных материалов, статистических данных, схем, таблиц, диаграмм, программ, положений и т.п. (акты выполненных работ; наряд-заказ; диагностическая карта; расходные накладные и т.д.)

Дата выдачи задания « ___ » _____ 20__ г.

Руководитель практики _____ / _____ /
(подпись) (И.О.Фамилия)

Ознакомлен _____ / _____
(подпись) (И.О.Фамилия)

**Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО "Академия технологии и управления")**

ОТЧЕТ ПО ПРАКТИКЕ

УП.02.01 Учебная практика

(индекс, вид практики)

ПМ.02 Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Специальность 34.02.01. Сестринское дело

(код и наименование специальности)

Студента 3 курса группы С-9.1-18

Латышова Надежда Александровна

(фамилия, имя, отчество)

место прохождения практики

АНПОО «Академия технологии и управления»

(название организации)

срок прохождения практики с «15 марта» 2021 г. по «3 апреля» 2021 г.

Руководитель практики от АНПОО «Академия технологии и управления»

Дроздова Нона Федоровна

(фамилия, имя, отчество)

Оценка по результатам практики _____

Новочебоксарск, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	5
1.1 Организация работы терапевтического отделения стационара	5
1.2 Характеристика сестринских вмешательств	8
1.3 Функциональные обязанности медицинской сестры терапевтического отделения	9
2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	10
2.1 Организация сестринского ухода у больных с хирургическими заболеваниями	12
2.2 Питание хирургических больных: виды лечебного питания.	13
3. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	17
3.1 Сестринское обследование пациента	18
3.2 Правила профилактики внутрибольничной инфекции	18
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	28
ПРИЛОЖЕНИЯ	

Введение

Место прохождения практики АНПОО «Академия технологии и управления».
Срок прохождения практики с «15» марта 2021г. по «3» апреля 2021г.

Медицинская сестра – специалист со средним специальным медицинским образованием в области сестринского дела. Медицинская сестра относится к среднему медицинскому персоналу, является младшим специалистом по отношению к специалисту – врачу.

Роль медицинской сестры в процессе лечения пациента, особенно в стационаре, трудно переоценить. Выполнение назначений врача, уход за тяжелобольными, проведение многих, довольно сложных, манипуляций – все это является прямой обязанностью медицинского персонала. Медицинская сестра также участвует в обследовании пациента, подготовке его к различным оперативным вмешательствам, работает в операционной в качестве анестезиста или операционной сестры, наблюдает за пациентом в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Все это предъявляет высокие требования не только к знаниям, но и к ее моральному облику, умению вести себя в коллективе, при общении с пациентами и их родственниками.

Медицинская сестра обязана быть всегда выдержанной, приветливой, способствовать созданию нормальной рабочей атмосферы в лечебном учреждении. Если даже она чем-то расстроена или встревожена, пациенты не должны замечать этого. Ничто не должно отражаться на ее работе, на ее тоне в разговорах с коллегами и пациентами. Медицинская сестра должна неукоснительно выполнять указание врача и точно соблюдать не только дозировку, но и их последовательность. Обязательным качеством медицинской сестры должно быть стремление к постоянному повышению своей квалификации, углублению знаний, приобретению новых навыков. Самоуверенность, зазнайство и высокомерие не допустимы, когда речь идет о здоровье и жизни человека.

Цель учебной практики

Формирование у обучающихся умений, приобретение первоначального практического опыта по виду профессиональной деятельности «Участие в лечебно–диагностическом и реабилитационном процессах» для последующего освоения ими общих и профессиональных компетенций по избранной специальности.

Задачи учебной практики профессионального модуля:

- закрепление теоретических знаний, полученных при изучении междисциплинарного курса МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
- ознакомление с содержанием основных работ, выполняемых учреждения здравоохранения, по месту последующего прохождения производственной практики;
- усвоение приемов, методов и способов обработки, представления и интерпретации результатов проведенных практических работ
- адаптация к условиям и требованиям будущей профессиональной деятельности по
- изучению различных форм лечебной работы с пациентами разных возрастных групп, пола и заболеваний
- формирование умения проведения сестринских манипуляций и уходом за больными
- приобретение практических навыков в будущей профессиональной деятельности
- формирование общих и профессиональных компетенций
- приобретение навыков самостоятельной работы с учебно-методической и научной литературой

1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания: Сестринское обследование пациентов с болезнями органов дыхания. Основные симптомы и синдромы при дыхательной патологии. Сбор субъективной информации: расспрос пациентов. Сбор объективной информации: осмотр грудной клетки, определение типа дыхания, измерение частоты дыхания, аускультация лёгких. Выделение проблем пациентов (продуктивный,

непродуктивный кашель, лихорадка, одышка и др.). Сбор мокроты на микробиологическое исследование, на общий анализ. Подготовка к ФЛГ, рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, бронхоскопии; определению функций внешнего дыхания. Подготовка к плевральной пункции. Получение информированного согласия на диагностические и лечебные процедуры. Осуществление ухода за пациентами, обучение технике кашля, проведение оксигенотерапии по назначению врача. Введение лекарственных препаратов различными способами, постановка аллергологической пробы.

Оценка состояния пациента с бронхиальной астмой: сбор информации, выявление факторов риска, характерных жалоб, осмотр (вынужденное положение, затруднённое дыхание и др.). Анализ собранной информации и выделение проблем (удушье, страх смерти, отсутствие информации о факторах риска - аллергенах), др. Планирование действий медсестры: по уходу при решении конкретных проблем пациента. Терапевтическое обучение пациента: методам самоконтроля, элиминационным мероприятиям, ведению дневника, пикфлоуметрии, оказанию самопомощи при приступе удушья. Обучение пользованию ингалятором. Соблюдение инфекционной безопасности пациента и медсестры.

1.1 Организация работы терапевтического отделения стационара

Терапевтическое отделение входит в состав объединенной больницы и предназначено для лечения стационарных больных, требующих постоянного наблюдения медицинского персонала. Терапевтическое отделение возглавляет врач 1 или высшей категории. Средний и младший медицинский персонал возглавляет и руководит его работой старшая медицинская сестра, которая является помощником заведующего отделением по организационным вопросам. Пост медсестры необходимо располагать таким образом, чтобы могла видеть все отделение и иметь прямую связь с тяжелобольными.

Пост должен быть обеспечен:

- местной телефонной связью
- списком местных телефонов
- расписанием работы вспомогательных служб
- прямой связью с реанимационным отделением

В обязанности палатной медсестры входят:

- осуществлять все виды ухода за больными.
- проводить подготовку пациента к лабораторно - диагностическим исследованиям.
- производить забор внутренних сред организма к лабораторным исследованиям.
- выполнение назначений врача
- соблюдение санитарно – противоэпидемического режима
- соблюдать правила работы внутреннего распорядка дня
- повышать свою квалификацию

В отделении должна быть сестринская комната, где медсестры могли бы отдохнуть, переодеться и т.д. Поставшая медсестра работает под руководством старшей медсестры отделения, которую назначает главный врач по представлению заведующего отделением из числа наиболее опытных и квалифицированных медсестер. Она помогает заведующему отделением в организации работы среднего и младшего звена, в решении административно-хозяйственных вопросов, в ведении учета и отчетности. Она составляет график работы среднего и младшего персонала, обеспечивает надлежащее санитарное состояние отделения и больных, отвечает за организацию питания больных, составляет порционник и снабжение отделения медикаментами. Она отвечает за учет и расходование спирта и перевязочного материала отделения, ведет соответствующую документацию, инвентарную книгу медицинского оборудования, занимается списание имущества, ведет журнал поступления и выбытия больных – журнал движения пациентов.

У старшей медсестры должны быть в наличии в напечатанном виде:

- функциональные обязанности всего персонала отделения,
- списки и адреса всех сотрудников отделения
- план занятий по повышению квалификации среднего и младшего медперсонала и учет их посещаемости
- журнал проверки и инструментов на скрытую кровь

Старшая медсестра вместе сестрой-хозяйкой ежедневно обходит палаты, проверяя их санитарное состояние, выявляет потребное количество белья, опрашивают больных с целью выяснения претензий к их обслуживанию. Старшая медсестра осуществляет контроль за качеством ухода за:

- больными
- средним
 - младшим медперсоналом.

Под уходом следует понимать создание и поддержание санитарно-гигиенических условий в палате:

- устройство удобной постели и содержание ее в чистоте;
- гигиеническое обслуживание и содержание больного;
- профилактика возможных осложнений;
- четкое и своевременное выполнение лечебных назначений;
- поддержание в больном бодрого настроения ласковым и чутким

отношением;

- организация досуга больных:
- руководство младшим медицинским персоналом.

Контроль за медицинской документацией.

Основным документом отделения является история болезни.

Дежурная медсестра должна иметь:

- журнал лечебных назначений
- порционник
- журнал учета и расходования ядовитых и сильнодействующих средств
- дефинитных средств
- сводку движения больных
- индивидуальные списки больных, получающих антибиотики
- список больных отделения с указанием режима и диеты

- списки тяжелобольных и температурающих.

В отделении при передаче дежурств, старшая медсестра совершает обход палат. По смене передается список назначений, медицинский инвентарь, медикаменты, ключи от шкафов. Обе медсестры расписываются в журнале ядовитых и сильнодействующих средств. При сдаче дежурств тяжелобольные передаются заступающей на дежурство сестре непосредственно у постели этих больных.

В журнале приема и сдачи дежурств отражается общее число больных, тяжелобольных, их перемещения, срочные назначения, состояние медицинского инвентаря, предметов ухода, грубые происшествия. В журнале должны быть четкие разборчивые подписи принявшей и сдавшей дежурство медсестер.

Медицинская сестра должна обеспечить качественный уход и наблюдение за пациентом.

Сюда входит:

1. подготовка больного к дополнительным инструментальным и лабораторным исследованиям,
2. выполнение врачебных назначений,
3. обеспечение консультаций других специалистов,
4. диспансерное наблюдение.

1.2 Характеристика сестринских вмешательств

1-независимые

2-зависимые

3-взаимозависимые

1. Независимые сестринские вмешательства осуществляются медсестрой по собственной инициативе без требования или назначения врача и других специалистов. Например: обучение пациента навыкам самоухода, советы пациенту относительно его здоровья, организация досуга пациента, обучение членов семьи приемам ухода за больным, помощь в осуществлении потребностей, наблюдение за реакцией на лечение.

2. Зависимые сестринские вмешательства - это выполнение письменных назначений врача (лист назначений). Медсестра здесь выступает в роли исполнителя, например: выполнение инъекций, подготовка пациента к диагностическим процедурам, выполнение физиотерапевтических процедур и т. д. Однако по современным требованиям медсестра не должна автоматически выполнять указания врача. В условиях гарантии качества медицинской помощи и ее безопасности для больного, медсестра должна уметь

определить необходимость данного назначения, правильность назначенной дозы препарата, совместимость лекарственных средств; исключить механическую ошибку врача в назначении. Следует помнить, что медсестра, выполняющая неправильное или ненужное назначение, профессионально некомпетентна и несет ответственность за последствия ошибки так же, как и тот, кто сделал это назначение.

3. Взаимозависимые сестринские вмешательства предусматривают совместную деятельность медсестры с врачом и другими специалистами (физиотерапевт, диетолог, инструктор ЛФК, сотрудники социальной помощи), членами медицинской бригады (медсестры процедурного, зондового кабинетов и т. д., младшие м/с). Примером может служить гиперинтенсивное лечение (реанимационные мероприятия), когда «в связке» работают реаниматологи, хирурги, терапевты, медицинские сестры разных структурных подразделений. Это сотрудничество можно определить как товарищество, при котором действия всех сторон одинаково важны для достижения конечного результата.

1.3 Функциональные обязанности медицинской сестры терапевтического отделения:

1. Рационально организовывать свой труд в отделении.
2. Обеспечивать инфекционную безопасность (соблюдать правила санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, асептики, правильно хранить, обрабатывать, стерилизовать и использовать изделия медицинского назначения).
3. Осуществлять все этапы сестринского ухода за пациентом.
4. Своевременно и качественно выполнять все назначения врача.
5. Оказывать неотложную доврачебную помощь пациенту с последующим вызовом к нему врача.
6. Вводить лекарственные препараты, противошоковые средства больным по жизненным показаниям в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии.
7. Сообщать лечащему врачу или заведующему отделением, а в их отсутствие – дежурному врачу, обо всех обнаруженных тяжелых осложнениях и заболеваниях пациентов, осложнениях, возникших в результате проведения медицинских манипуляций или о случаях нарушения внутреннего распорядка отделения.
8. Обеспечивать правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами.

9. Взаимодействовать с коллегами и сотрудниками других служб в интересах пациента.

10. Вести утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию.

11. Проводить, санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

12. Систематически повышать свою профессиональную квалификацию.

13. Осуществлять прием вновь поступивших пациентов, знакомить их с правилами внутреннего распорядка и назначенного режима в отделении и контролировать их выполнение.

14. Обеспечивать безопасную среду для пациентов в отделении.

15. Принимать непосредственное участие в обходе больных лечащим или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменении в состоянии здоровья пациентов.

16. Проводить качественную и своевременную подготовку пациентов различного рода исследованиям, процедурам, операциям.

17. Качественно выполнять манипуляции

2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Одной из важнейших задач ухода за пациентами является создание и обеспечение в отделении лечебно-охранительного режима. В основе этого режима лежит устранение или ограничение воздействия на организм пациента различных неблагоприятных факторов внешней среды. Создание и обеспечение такого режима входит в обязанности всего медицинского персонала отделения.

Пациентов с хирургическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функций кишечника, суженные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медсестры приводит к тому, что медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента - его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. Сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем.

Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

Цель обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации становится в первую очередь сам пациент, который излагает собственные предположения о состоянии своего здоровья. Источниками информации могут быть также члены семьи больного, его коллеги, друзья.

Как только медсестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается следующий этап сестринского процесса - постановка сестринского диагноза, выявление проблем пациента).

В отличие от врачебного диагноза сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т.п.). Сестринский диагноз может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринский диагноз предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

Для успешного разрешения проблем пациента медсестре необходимо их разделить на существующие и потенциальные.

Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медсестра, это болевой синдром и стресс - первичные проблемы. Тошнота, снижение аппетита, плохой сон, дефицит общения - вторичные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными, т.е. те, на которые надо обратить внимание в первую очередь, является вероятность похудания и нерегулярное опорожнение кишечника. Вторичные проблемы - раздражительность, снижение тонуса мышц.

2.1 Организация сестринского ухода у больных с хирургическими заболеваниями

В хирургическое отделение больные часто поступают на каталке в тяжелом состоянии. Сестринский персонал, оказывая помощь тяжелобольным, подвергается физическим нагрузкам.

Перемещение пациента в постели, подкладывание судна, передвижение носилок, каталок, а иногда и тяжелой аппаратуры может привести в конечном итоге и к повреждению позвоночника.

Наибольшей физической нагрузке подвергается сестра при перемещении пациента с носилок на кровать. В связи с этим никогда не следует выполнять эту манипуляцию одному. Прежде чем куда-либо перемещать пациента, задайте несколько вопросов, чтобы убедиться, насколько он сможет вам помочь.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента - его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. Сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем. Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

Цель обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации становится в первую очередь сам пациент, который излагает собственные предположения о состоянии своего здоровья. Источниками информации могут быть также члены семьи больного, его коллеги, друзья.

По каждой проблеме медсестра помечает себе план действий.

Решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, дать антацидные препараты, снять стрессовое состояние с помощью беседы, седативных средств, научить пациента максимально себя обслуживать, т.е. помочь ему адаптироваться к состоянию, чаще разговаривать с пациентом.

Решение потенциальных проблем: установить щадящую диету, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом лечебной физкультурой, проводить массаж мышц спины и конечностей, обучить членов семьи уходу за больными.

Потребность пациента в помощи может быть временной или постоянной. Возможно возникновение потребности в реабилитации. Временная помощь рассчитана на короткое время, когда существует ограничение самообслуживания при обострениях заболеваний, после хирургических вмешательств и т.д. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни - после реконструктивных оперативных вмешательств на пищеводе, желудке и кишечнике и т.д.

Важную роль в уходе за пациентами с хирургическими заболеваниями играют беседа и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

2.2 Питание хирургических больных: виды лечебного питания.

Способы питания хирургических больных. Питание больных может проводиться естественным способом через рот, энтерально (через зонд) с помощью питательных клизм, парентерально (внутривенно) и смешанным способом.

Питание через рот. Характер питания хирургического больного за время пребывания его в стационаре может меняться трижды - в период обследования, непосредственно при подготовке к операции, в послеоперационном периоде.

Питание в период обследования. В период обследования пациент получает общую или специальную диету, соответствующую его основному заболеванию с учетом сопутствующих заболеваний, если нарушение диеты приведет к их обострению.

При отсутствии заболеваний органов пищеварительного тракта всем пациентам в этом периоде назначается общий стол (стол № 15). К этой категории относятся больные ортопедотравматологические, гнойные, с грыжами, простым зобом, варикозным расширением вен, онкобольные без поражения желудочно-кишечного тракта и пр.

Больные хронической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритом получают стол № 1 - сухари, черствый белый хлеб, соки, молочные продукты, каши, супы, паровые котлеты, кисели, компоты, протертые овощи; полностью исключаются острые блюда и продукты, вызывающие усиленную секрецию (селедка, лук, чеснок), и нёразмельченные.

При хронических заболеваниях печени и желчного пузыря назначается стол № 5 - овощи, фрукты, молочные продукты (кроме сливочного масла), отваренная рыба и нежирное мясо; исключаются острые и жирные блюда, жаренные, грибы, лимоны, пряности, какао.

При остром или обострении хронического калькулезного холецистита ограничивают мясо, запрещается черный хлеб, овощи разрешаются только протертые.

При почечно-каменной болезни показан стол № 6 - запрещены острые блюда и приправы, мясо в ограниченном количестве, рекомендуется больше пить жидкостей. Больные диабетом получают стол № 9 - ограничение или полное исключение рафинированных углеводов (в том числе и хлеба не более 300г в сутки), ограничение холе-стеринсодержащих продуктов, жареных блюд. Исключаются соленые блюда, макаронные изделия, манная каша, инжир, изюм, бананы. Ограничиваются - морковь, свекла, картофель. Разрешаются молочные продукты, фрукты и овощи, нежирное мясо и рыба, каши гречневая, овсяная, перловая, пшенная.

Пациентам с заболеваниями сердца и сосудов атеросклеротической природы назначают стол № 10 - ограничение животных жиров, холестеринсодержащих продуктов, поваренной соли. Разрешаются винегреты, овощи и фрукты, нежирные сорта мяса и рыбы, супы вегетарианские, крупяные, молочные, каши, некрепкий чай, кофе. Исключаются блюда из жирных сортов мяса и рыбы, мозги, печень, почки, икра, мороженое, соленые закуски, какао, шоколад.

При повышенном распаде белков (обширные термические ожоги кожи, обширные гнойные раны) или недостаточном поступлении их (стеноз пищевода) проводится усиленное питание.

Питание в предоперационном периоде зависит от того, на каком органе предстоит операция и характера предполагаемого оперативного вмешательства. Все пациенты, кроме подвергаемых на пищеварительном тракте, получают свою диету до обеда дня, предшествующего операции. В обед необходимо ограничить прием хлеба, мяса, овощей и фруктов. Ужин состоит из чая (можно с булочкой) или приема фруктовых и овощных соков, приема сладостей, если нет к ним противопоказаний. Утром, в день операции, больной не принимает пищу и жидкости.

Больные, которые оперируются на пищеводе и желудке без признаков их сужения, на печени и желчных путях, в отличие от предыдущих пациентов пред операцией не ужинают и не завтракают.

Больные со стенозом пищевода и желудка в течение всего предоперационного периода получают высококалорийную, протертую пищу. Она включает в себя протертое

мясо, картофель, творог, сметану, сливки, жидкую манную кашу, фруктовые и овощные соки, немного хлеба и белых сухарей (размоченных). Ежедневно вечером им проводится зондовое опорожнение пищевода и желудка. Накануне операции больные не ужинают и в день операции не завтракают. Вечером и утром им проводится откачивание содержимого пищевода или желудка через зонд.

Перед операцией на толстой кишке больной в течение 3 дней получает жидкую пищу - протертые супы без хлеба, кисели, соки, свежий кефир, чай, минеральную воду (жидкости по потребности). Вечером накануне операции и утром в день операции больной не ест и жидкость не принимает. Перед операцией на прямой кишке по поводу геморроя такая диета соблюдается в течение двух дней.

Питание больных в послеоперационном периоде. В первые несколько суток после операции исчезает или снижается аппетит, иногда появляется отвращение к некоторым видам пищи. Ограничение подвижности, ослабление жизненных эмоций уменьшают интерес к еде. Секретция пищеварительных соков замедлена, способность переваривать пищу и перистальтика кишечника резко снижены.

Первые 2-3 суток после операции больной в основном существует за счет внутренних резервов. Это приводит к повышенному распаду мышечных белков, соединительной ткани и ферментов. Быстрее всего распадаются белки печени, плазмы крови, желудочно-кишечного тракта, позже - поперечно-полосатых мышц. Потери белка возрастают при кровотечении, присоединившихся гнойных осложнениях. В результате наступает снижение массы тела больного.

Одной из основных задач врача в послеоперационном периоде является быстрее восстановление приема пищи и жидкостей через рот. Парентеральное питание не может в полной мере заменить естественный прием пищи. Помимо этого велико его психическое воздействие на больного, поскольку прием пищи им расценивается как признак быстрого выздоровления.

Условно можно выделить следующие схемы диет для больных после операции: на мягких тканях, конечностях, грудной полости (кроме операций на пищеводе); на пищеводе; на брюшной полости без вскрытия просвета желудка и кишечника; на желудке и тонкой кишке; на толстой и прямой кишке.

Питание после операций на мягких тканях головы, лица, шеи, конечностях, грудной и брюшной стенки, костях - общий стол (№ 15). После операций на щитовидной железе количество жидкости через рот в течение 1-2 дней ограничивают, чтобы избежать поперхивания и натяжения швов. Ее недостаток компенсируют внутривенным введением.

Больные после пробной лапаротомии, аппендэктомии, грыжесечения по поводу паховой или бедренной грыжи, уже в день операции получают 1 стакан воды или несладкого чая, принимая небольшими глотками или чайными ложками, чтобы устранить сухость во рту. На следующий день после операции - бульон, чай, жидкую манную и рисовую кашу. На третий день, когда начнут отходить газы, дают сухари или хлеб. На четвертый день - стол № 15.

Питание больных после резекции желудка или тонкой кишки должно быть высококалорийным, для быстрого восстановления энергетических потерь, и одновременно - щадящим участок операции. Голодание после операции не должно быть длительным, так как оно приводит к потере белков, снижает сопротивляемость к инфекции, способствует длительному парезу кишечника и метеоризму. В день операции больному назначают голод, не разрешают пить. Жидкости и белковые препараты вводят внутривенно. Для устранения сухости во рту разрешают смачивать рот водой - дают сосать чайную или столовую ложку, обернутую смоченной водой марлей. В воду можно добавлять лимонный сок или аскорбиновую кислоту, чтобы стимулировать саливацию. На второй день после операции дают 1 стакан воды или несладкого чая, которые больной принимает небольшими глотками в течение всего дня. На третий день, если нет рвоты - чай с сахаром, бульон, жидкую манную кашу, свежий кефир. С шестого дня - стол № 1, с 14-го дня - стол № 15.

После экстирпации желудка или резекции пищевода первые 3-5 дней полный голод, смачивание полости рта водой, кислыми жидкостями, сплевывание слюны. На 4-5 сутки под рентгеновским экраном дают глоток жидкого бария и выявляют, нет ли затекания бария за контуры анастомоза. После этого на сутки дают один стакан воды или несладкого чая, которые пациент принимает небольшими глотками. На 5 сутки - бульон, жидкую манную кашу, на 7 сутки - сухари в протертом супе, на 10 сутки - белый хлеб, на 14 сутки - стол № 1. После выписки из стационара диета постепенно расширяется.

Пациенты, перенесшие органосохраняющие операции на желудке по поводу хронической дуоденальной язвы (селективная проксимальная ваготомия) без анастомозов на желудке на следующий день начинают пить - несладкий чай, минеральную воду без газа. На второй день - бульон, третий день - жидкая манная каша, четвертый - пятый дни получают стол № 1.

Питание после операций на толстой и прямой кишке: 1 день - голод, 1 стакан несладкого чая; 2-3 день - 1 стакан чая, 1 стакан бульона; 4 день - жидкие и полужидкие кушанья; 5-13 дни - диета № 1 с ограничением количества пищи; 14 день - общий стол.

Пациенты со сформированным толстокишечным свищем (колостомой) полужидкую пищу получают на 5 день, общий стол - на 10 день. После удаления желчного пузыря на следующий день дают пить, бульон, свежий кефир, жидкую манную кашу. На второй день стол № 1, на 3-4 день - стол № 5.

После операций на полости рта возможность глотания ограничена. Больных кормят через назогастральный зонд, проведенный до операции или из поильника, на носик которого надета резиновая трубка.

3. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И СОСТОЯНИЯХ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

1. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящего исследования и его согласие на процедуру.

2. Вымыть руки. Надеть маску и перчатки.

II. Выполнение процедуры

3. Сесть напротив пациента.

4. Извлечь тампон из пробирки, придерживая его за пробку (если тампон не изогнут, извлекая, изогните о внутреннюю стенку пробирки). Пробирка остается в штативе.

5. Взять шпатель в свободную руку. Попросить пациента слегка запрокинуть голову и открыть рот. Надавить шпателем на корень языка.

6. Осторожно, не касаясь тампоном слизистой оболочки полости рта и языка, ввести тампон в носоглотку и провести им по слизистой оболочке.

III. Завершение процедуры

7. Извлечь тампон из носоглотки, выбросить шпатель в специальную емкость, ввести тампон в пробирку, не касаясь ее наружной поверхности.

8. Снять перчатки, маску, вымыть руки.

9. Заполнить бланк для направления пробы в лабораторию. Написать на пробирке номер, соответствующий номеру, указанному в направлении. Доставить пробу в лабораторию в контейнере.

3.1 Сестринское обследование пациента

- этап - сестринское обследование (обследование пациента).
- этап -сестринское диагностирование: определение проблем пациента и постановка сестринских диагнозов
- этап - планирование необходимой помощи пациенту, направленное на удовлетворение выявленных нарушений потребностей и проблем.
- этап-выполнение плана сестринских вмешательств.
- оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода).

Сестринское обследования - это выявление нарушений потребностей пациента. Оно заключается в сборе информации о состоянии его здоровья, личности больного, образе жизни и отражении полученных данных в карте сестринского процесса (сестринской истории болезни). Насколько умело медсестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная информация.

Оценка состояния пациента – это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения.

Цель оценки – определение конкретных потребностей человека в сестринском уходе.

Сестринское обследование является независимым и не может подменяться врачебным, так как перед ними стоят разные задачи. Врач проводит обследование, ставит медицинский диагноз, выявляет причины нарушения функций органов и систем с целью дальнейшего лечения.

Задача медицинской сестры – обоснование мотивации индивидуального ухода.

3.2 Правила профилактики внутрибольничной инфекции (ВБИ)

Одна из важнейших, остроактуальных задач в современных больницах – профилактика внутрибольничных инфекций. Для возникновения инфекционного заболевания, в том числе и внутрибольничной инфекции, необходимо наличие трех звеньев:

* источника инфекции, т. е. биологического объекта, в организме которого возбудитель заболевания живет, размножается и выделяется в окружающую среду. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель;

* путей и факторов передачи возбудителя от больного организма здоровому, свободному от данной инфекции;

* восприимчивого организма.

Комплексные мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций разделены на две группы:

* неспецифические, направленные на устранение или санацию источника инфекции, путей и факторов передачи возбудителей;

* специфические, направленные на повышение устойчивости организма пациентов и персонала к определенным возбудителям ВБИ.

При проведении неспецифической профилактики госпитальных инфекций должны выполняться три важнейших требования:

- сведение до минимума возможности заноса инфекции в стационар;
- максимальное снижение риска внутрибольничного заражения;
- исключение выноса возбудителей за пределы ЛПУ.

Специфическая направленность профилактики госпитальных инфекций включает мероприятия по выявлению иммунодефицитных состояний, проведение их адекватной коррекции, а также применение с профилактической целью специфических сывороток, анатоксинов, бактериофагов.

Санитарно-технические мероприятия включают рациональное устройство вентиляции. Организация рационального воздухообмена и вентиляции здания имеет большое значение в профилактике ВБИ. Поддержание оптимального воздушного баланса по притоку и вытяжке с учетом режима чистоты помещений, кондиционирование параметров микроклимата, подготовка и очистка воздуха, подаваемого в операционные и другие, приравненные к ним помещения лечебных корпусов, использование ламинарных установок для создания стерильных зон являются важными составляющими в комплексе эффективных мер профилактики внутрибольничных инфекций. Кроме того, эпидемиологическое благополучие в стационаре возможно лишь при бесперебойной работе водопроводной и канализационной систем, системы тепло-, холодо- и энергоснабжения, освещения, надлежащем состоянии строительных конструкций.

Санитарно-противоэпидемические мероприятия включают поддержание должного санитарного состояния и соблюдение противоэпидемического режима в помещениях стационара, контроль за правильностью их выполнения; выявление носителей возбудителей инфекции среди персонала (при приеме на работу, при проведении периодических профилактических осмотров и по эпидемическим показаниям), их санация, а также выявление больных и носителей среди пациентов при поступлении в стационар и во время их пребывания в отделении. Важное значение для профилактики ВБИ имеет контроль за бактериальной обсемененностью внутрибольничной среды – воздуха и рабочих поверхностей особо чистых и чистых помещений, материалов, приборов,

инструментов. Одним из аспектов санитарно-противоэпидемических мероприятий является систематическое проведение санитарно-просветительной работы среди персонала (инструктаж по правилам приема больных, заполнения палат, уборки помещений, применения дезинфицирующих средств, использования бактерицидных ламп, соблюдения правил обработки рук и личной гигиены и т.д.) и пациентов.

За обеспечение санитарно-эпидемиологического режима в больничных учреждениях несут ответственность их руководители.

Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия направлены на уничтожение возбудителей ВБИ во внутрибольничной среде.

Дезинфекция – это уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на поверхностях (пол, стены, ручки дверей, выключатели, подоконники и т.д.), на жесткой мебели, поверхностях аппаратов, приборов, оборудования, в воздухе помещений, на посуде, белье, изделиях медицинского назначения и предметах ухода за больными, санитарно-техническом оборудовании, в выделениях больных, биологических жидкостях, а также на поверхности операционного поля и руках персонала.

Стерилизация – это уничтожение всех видов микроорганизмов, в том числе спор, на изделиях и в изделиях медицинского назначения.

Дезинфекционно-стерилизационные мероприятия осуществляются с использованием механической обработки (мытьё, влажная уборка, стирка, обработка пылесосом, вентиляция, проветривание), а также химических дезинфицирующих средств и физических методов, обладающих бактерицидным действием (высокая температура, водяной пар под избыточным давлением, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, СВЧ-поля) и их сочетаний (влажная уборка с последующим ультрафиолетовым облучением). Изделия медицинского назначения, используемые для инвазивных процедур или манипуляций, при которых возможно повреждение слизистых оболочек, после каждого применения подвергаются трехстадийной обработке – дезинфекции, предстерилизационной подготовке (очистке) и стерилизации, причем два последних этапа проводят в центральном стерилизационном отделении больницы.

Специфическая профилактика внутрибольничных инфекций. Специфическая профилактика или иммунизация направлена на повышение устойчивости организма пациентов и персонала к внутрибольничным инфекциям, ее разделяют на плановую и экстренную.

Плановую профилактику или вакцинацию (активную иммунизацию) начинают проводить с периода новорожденности – в родильном доме здоровому новорожденному делают прививки против туберкулеза и гепатита В, затем, по достижении определенного

возраста, ребенка вакцинируют в детской поликлинике от полиомиелита, коклюша, дифтерии, кори и других инфекций, согласно прививочному календарю. Таким путем вырабатывается стойкий пожизненный иммунитет против этих заболеваний. Для предупреждения внутрибольничного заражения медицинского персонала проводят плановую вакцинацию против гепатита В и дифтерии.

Санация носителей токсигенных штаммов стафилококка из числа работников ЛПУ считается целесообразной в тех случаях, когда у них выделяют один и тот же фаговар в течение 6 месяцев. Вместо применения антибиотиков широкого спектра действия используют антистафилококковый бактериофаг или 2 % масляный раствор препарата «хлорофиллипт».

Экстренная профилактика включает мероприятия, направленные на предотвращение развития заболевания у людей в случае их заражения. Ее целью является создание невосприимчивости организма в течение инкубационного периода болезни. В зависимости от характера применяемых средств экстренную

профилактику подразделяют на специфическую (пассивную иммунизацию) и общую. Для пассивной иммунизации применяют препараты направленного действия, содержащие готовые антитела или бактериофаги – антистафилококковая гипериммунная плазма, антистафилококковый и противокоревой гамма-глобулины, стафилококковый бактериофаг. Для общей экстренной профилактики ВБИ используют антибиотики широкого спектра действия (пенициллины или цефалоспорины, а также метронидазол, если предполагается наличие анаэробной инфекции).

Алгоритм применения грелки:

Показания: согревание больных и недоношенных детей; рассасывание воспалительного очага; боли спастического характера при хронических [заболеваниях органов пищеварения](#).

Противопоказания: [острые воспалительные процессы в брюшной полости](#) (аппендицит, холецистит, панкреатит), опухоли, кровотечения.

Материальное оснащение:

- грелка резиновая;
- теплая вода;
- полотенце, пеленки;
- детская кроватка;
- емкость с [дезинфицирующим раствором](#) для обеззараживания использованного оснащения;
- кукла-фантом.

Алгоритм выполнения манипуляции:

Подготовительный этап

- 1) Взять грелку и на 2/3 объема заполнить водой, подогретой до 60-70°C. Для согревания недоношенных детей вода должна иметь температуру 45°C.
- 2) Вытеснить воздух из грелки, нажав на нее до появления воды из горловины.
- 3) Плотно завинтить пробку.
- 4) Вытереть полотенцем грелку насухо, особенно тщательно ее горловину.
- 5) Проверить грелку на герметичность. Для этого опустить ее пробкой вниз и сжать руками с двух сторон.
- 6) Обернуть ее пленкой, сложенной в четыре слоя.

Основной этап

- 7) Приложить грелку к назначенной области.
- 8) При гипотермии у недоношенных детей одну грелку уложить на уровне стоп, две грелки – вдоль туловища с обеих сторон на расстоянии 10 см от завернутого в пленки ребенка.
- 9) Накрыть ребенка одеялом. Температура воздуха под одеялом должна быть 28-30°C.
- 10) Смену грелок проводить поочередно.

Заключительный этап

- 11) Вылить из грелки воду.
- 12) Обеззаразить наружную поверхность грелки.

Последовательность действий акушера при кровотечении в послеродовом периоде:

- оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери перед началом операции;
- начать внутривенное введение утеротоников и анестетиков;
- обработать руки врача-акушера и наружные половые органы роженицы;
- провести операцию ручного отделения плаценты и выделения последа;
- при выведении руки из полости матки внутривенно одномоментно ввести окситоцин или метилэргометрин (1 мл в 20 мл изотонического раствора);
- осмотреть мягкие родовые пути и ушить повреждения;
- оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери;
- возместить кровопотерю путем введения кристаллоидов, желатиноля, препаратов крови (в зависимости от объема кровопотери, показателей гемоглобина и гематокрита);

- продолжать внутривенно капельно вводить утеротоники в течение не менее 1 ч после операции;
- осуществлять постоянный контроль за высотой стояния дна матки, ее тонусом и объемом наружной кровопотери;
- перевести родильницу в послеродовое отделение после нормализации показателей гемодинамики и восполнения кровопотери.
- Операцию ручного отделения плаценты и выделения последа выполняют следующим образом:
- после подготовки операционного поля под внутривенным наркозом вводят правую руку во влагалище и полость матки;
- пилящими движениями правой руки отделяют плаценту от стенки матки и левой рукой извлекают послед наружу, потягивая за пуповину, не выводя правую руку из полости матки;
- проводят обследование полости матки, удаляют сгустки крови, обрывки оболочек и плацентарной ткани;
- оценивают целостность стенок матки и ее тонус (при хорошем тонусе стенки матки обхватывают руку);
- выводят правую руку из полости матки;
- осматривают мягкие родовые пути, ушивают повреждения

Взятие крови из периферической вены иглой

I. Подготовка к процедуре.

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента **информированного согласия** на предстоящую процедуру взятия крови.
2. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа
3. **Обработать руки гигиеническим способом**, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение.
5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.

При выполнении **венепункции** в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

1. Надеть перчатки (нестерильные).
2. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на **лучевой артерии**.

При наложении жгута женщине, не использовать руку на стороне **мастэктомии**.

II. Выполнение процедуры.

1. Обработать область венопункции не менее чем 2 салфетками/ватными шариками с кожным антисептиком, движениями в одном направлении, одновременно определяя наиболее наполненную вену.

Если рука пациента сильно загрязнена, использовать столько ватных шариков с **антисептиком**, сколько это необходимо. Патентованная салфетка используется одна независимо от степени загрязнения.

1. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.
2. Натянуть кожу в области венопункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».
3. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Потянуть поршень на себя. Когда из канюли иглы покажется кровь, набрать необходимое количество крови
4. Развязать жгут, попросить пациента разжать кулак.

III. Окончание процедуры.

1. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места инъекции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки или забинтовать место инъекции.

Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места инъекции (5-7 минут), рекомендуемое.

1. Кровь аккуратно медленно по стеночке перелить в пробирку
2. Убедиться, что наружного кровотечения в области венопункции нет.
3. Подвергнуть дезинфекции весь использованный материал.
4. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление
7. Организовать доставку проб в лабораторию.

Измерение окружности грудной клетки.

Оснащение:

- сантиметровая лента;
- 70% этиловый спирт;
- марлевая салфетка;
- бумага, ручка.

Алгоритм выполнения:

1. Объяснить пациенту цель и ход проведения процедуры, получить согласие
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Обработать сантиметровую ленту спиртом с помощью салфетки.
4. Уложить или усадить ребёнка.
5. Наложить сантиметровую ленту на грудную клетку ребёнка по ориентирам:
 - сзади – нижние углы лопаток;
 - спереди – нижний край околососковых кружков (у девочек пубертатного возраста – верхний край 4-го ребра над молочными железами).
5. Определить показатели окружности грудной клетки.
6. Записать результат.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Успешно окончил учебную практику. Достиг поставленных следующие цели производственной практики: сформировать умения, приобрести первоначальный практический опыт по виду профессиональной деятельности «Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению» для последующего освоения ими общих и профессиональных компетенций по избранной специальности. Задачи производственной практики: закрепить теоретические знания, полученные при изучении междисциплинарного курса МДК 01.03. Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению: ознакомиться с содержанием основных выполняемых на предприятии или в организации по месту прохождения практики; усвоить приёмы, методы и способы

обработки, представления и интерпретации результатов проведённых практических работ; приобрести практические навыки в будущей профессиональной деятельности; формирование общих и профессиональных компетенций; комплексно освоить все виды профессиональной деятельности по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бекман, И. Н. Ядерная медицина: физические и химические основы : учебник для бакалавриата и магистратуры / И. Н. Бекман. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 400 с.
2. Бабков, А. В. Химия в медицине : учебник для вузов / А. В. Бабков, О. В. Нестерова ; под редакцией В. А. Попкова. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 403 с.
3. Вебер В. Р. Основы сестринского дела. В 2 т. Том 1 : учебник и практикум для среднего профессионального образования / В. Р. Вебер [и др.] ; под редакцией Г. И. Чувакова. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 330 с.

4. Долгих, В. Т. Основы патологии и иммунологии. Тесты : учебное пособие для среднего профессионального образования / В. Т. Долгих, О. В. Корпачева. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 307 с.
5. Долгих, В. Т. Основы иммунологии : учебное пособие для среднего профессионального образования / В. Т. Долгих, А. Н. Золотов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 248 с.
6. Климанов, В. А. Ядерная медицина. Радионуклидная диагностика : учебное пособие для академического бакалавриата / В. А. Климанов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 307 с.
7. Менье, Л. История медицины / Л. Менье, И. А. Оксёнов ; переводчик И. А. Оксёнов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 320 с.
8. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник и практикум для вузов / М. Н. Мисюк. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 427 с.
9. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний : учебник и практикум для среднего профессионального образования / М. Н. Мисюк. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 499 с.
10. Мартыненко А. В. Социальная медицина : учебник для академического бакалавриата / А. В. Мартыненко [и др.] ; под редакцией А. В. Мартыненко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 375 с.
11. Мартыненко А. В. Основы социальной медицины : учебник для среднего профессионального образования / А. В. Мартыненко [и др.] ; под редакцией А. В. Мартыненко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 375 с.
12. Урбанский, А. С. Основы косметологии: массаж и диетология : учебное пособие для среднего профессионального образования / А. С. Урбанский, Н. Г. Коновалова, С. Ю. Рудник. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 154 с.
13. Хохлов, В. В. Судебная медицина : учебник и практикум для бакалавриата и специалитета / В. В. Хохлов, А. Б. Андрейкин. — 4-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 462 с.
14. Хохлов, В. В. Судебная медицина. Руководство в 3 т. Том 2 : практическое пособие / В. В. Хохлов. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 500 с.
15. Хохлов, В. В. Судебно-медицинская танатология и осмотр трупа на месте обнаружения : практическое пособие / В. В. Хохлов. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 217 с.