

ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНЗДРАВА РОССИИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

ПМ. 01 ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УХОДА ЗА
ПАЦИЕНТАМИ

МДК 01.02 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО УХОДУ

специальность

31.02.01. ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

углубленная подготовка

очная форма обучения

Квалификация - фельдшер

2023

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Кисловодский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Разработчик: Шидакова Нюристан Хамитовна, преподаватель высшей квалификационной категории ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

ТЕМА 2.1. КОММУНИКАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Теоретическое занятие № 1. Коммуникация в медицинской организации

Т 2.1.1. Правила общения с пациентами (их родственниками/ законными представителями).

Спецификой общения медицинского работника с пациентом и его родственниками является, то, что человек имеющий проблемы со здоровьем, бывает эмоционально неустойчив, не корректен, не терпелив и не критичен. При этом, доверяя свое здоровье и тайны, пациент рассчитывает на сочувствие, высокий профессионализм, порядочность и участие. Соблюдение правил этики и деонтологии прописано в статье 6 Федерального закона № 323-ФЗ. При эффективном общении и полном доверии облегчается сбор анамнеза, увеличивается приверженность к лечению, что позволяет улучшить диагностику и лечение пациента.

Биоэтика – изучение моральных и нравственных аспектов взаимоотношений между людьми

Этика (от греч. обычай) – учение о нравственности. Именно нормы, правила, обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей

Медицинская тайна — это совокупность сведений о пациенте, полученных медицинскими работниками в связи с оказанием ему медицинских услуг, незаконное разглашение которых может причинить вред пациенту или его близким и влечет юридическую ответственность.

Сестринская деонтология - наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.

Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента.

Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость.

Культуру поведения медицинского работника можно разделить на два вида:

1. *Внутренняя культура.* Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности.
2. *Внешняя культура.* Приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т.п.

Основными качествами медицинского работника, причем качествами именно его внутренней культуры, являются:

Скромность

Справедливость

Честность

Доброта

Общение – все способы поведения, которые один человек использует сознательно или бессознательно для воздействия на другого.

Общение в сестринском деле – обмен информацией или эмоциями между медсестрой и пациентом. Общение – одно из важных умений, необходимых для эффективной деятельности медсестры. Навыки общения необходимы ей для взаимодействия с пациентом, его семьей, врачами и другими специалистами, участвующими в лечебном процессе. Доверие к медсестре у пациента и его семьи возникает только в том случае, если она владеет навыками эффективного общения.

Коммуникация - обмен вербальной информацией между людьми с помощью невербальных приемов.

Выделяют 2 типа общения:

1. *Вербальный (словесный)* – наиболее распространенное средство выражения мыслей между людьми.

. Вербальное общение может быть эффективным, если:

- Говорить медленно, с хорошим произношением, простыми короткими фразами
- Не злоупотреблять специальной терминологией
- Выбирать скорость и темп речи
- Правильно выбирать время для общения
- Не начинать беседу сразу после информации врача о неблагоприятном исходе или неизлечимом заболевании
- Следить за интонацией своего голоса
- Убедиться в том, что вас поняли

2. *Невербальное (бессловесное)* общение.

К этому типу общения относятся:

- а. Внешний вид, манера держать себя и одежда
- б. Выражение лица, мимика и жесты
- в. Положение тела в пространстве по отношению к пациенту

Следует соблюдать дистанцию «психологического комфорта».

Медсестре следует учитывать, что общение будет успешным, если оно происходит в зоне комфорта. У каждого человека размер этой зоны свой.

Зоны комфорта или 4 психологических расстояния:

- интимное – менее 40 см
- личное – 40 см – 2 м
- социальное – 2-4 м
- открытое – более 4 м

При общении с пациентами медсестре следует, внимательно относиться к зоне комфорта каждого пациента, и находить взаимоприемлемое для медсестры и пациента расстояние

г. Время общения

к невербальному общению примыкают паралингвистические эффекты:

- паузы
- интонация
- возгласы и восклицания
- тон, звучность, тембр голоса
- дикция

– скорость речи

В процессе общения важен стиль общения. Различают 5 стилей общения:

1. давление (авторитарный)
2. уступки
3. компромисса
4. сотрудничества
5. избегания

Функции общения:

1. *Информационная* – получение и сообщение необходимой информации. Медсестра сообщает пациенту информацию о схеме приема лекарственных средств, характере подготовки к предстоящему инструментальному исследованию. Медсестре также необходима информация о самочувствии пациента, его реакция на лечение и пребывание в стационаре.
2. *Экспрессивная (эмоциональная)* – пациент чутко реагирует на эмоции медперсонала. Они ждут от медсестры сочувствия, душевного тепла, понимания. Отрицательные эмоции быстро распространяются на окружающих. Привычка постоянно контролировать свои эмоции создает впечатление черствости и бездушности.
3. *Регулятивная* - в процессе общения медсестра воздействует на сознание и поведение пациентов, используя их жизненные ценности и интересы, эмоциональный фон и другие «рычаги» управления людьми.

Уровни общения

Существует 3 уровня общения:

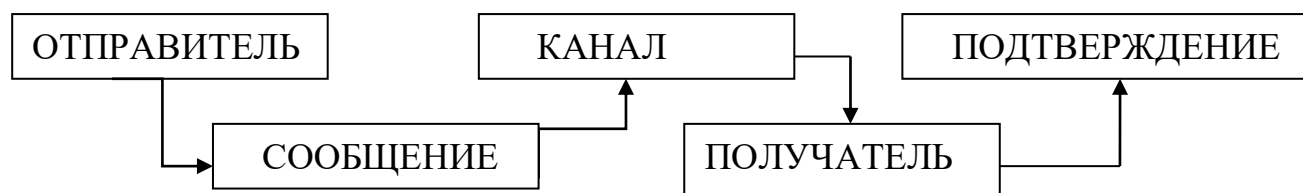
1. *Внутриличностное* (в границах одного человека)– мысленное общение человека с самим собой, когда он вырабатывает какие-то планы, развивает идеи, подготавливаясь к общению с кем-либо.
2. *Межличностное* – общение между двумя и более людьми.
3. *Общественное* – общение одного человека с большой аудиторией.

Следует тщательно готовиться к межличностному и общественному общению. Правильное общение усиливает взаимопонимание между людьми.

Элементы эффективного общения

(отправитель, сообщение, канал, получатель, подтверждение).

В общении выделяют пять звеньев:



1. отправитель информации, т.е. человек, начинающий общение;
2. само сообщение, т.е. передаваемая вербальная (речевая) и невербальная (неречевая) информация;
3. используемый канал передачи информации (речевой, неречевой, письменный и т.д.);
4. получатель информации, т.е. партнер по общению, или собеседник;
5. факт подтверждения или не подтверждения собеседником получения информации, т.е. обратная связь. Данный фактор является чрезвычайно важным для осуществления эффективного общения между людьми.

Кроме того, специфика межличностной коммуникации раскрывается в таких процессах, как обратная связь, наличие коммуникативных барьеров, феномен коммуникативного влияния, существование различных уровней передачи информации.

В процессе общения лицо, передающее информацию, принято называть коммуникатором, а лицо, получающее эту информацию, - реципиентом.

Различают 2 вида общения:

1. терапевтическое (эффективное)
2. нетерапевтическое (не эффективное)

Терапевтическое общение – благоприятное воздействие, оказываемое на психику пациента.

Фундамент (основа) терапевтического общения – доброжелательное отношение к людям.

Медсестра должна ставить цели терапевтического общения:

1. предоставление пациенту информации о его состоянии, в согласованных с врачом пределах

Медсестра должна быть готова ответить на многочисленные вопросы ее пациента. Например:

- Что со мной случилось?

- Могу ли я ознакомиться со своей историей болезни?

- А не вредно ли принимать это лекарство так долго?

2. снятие страха перед заболеванием и его лечением «Избавьте пациента от страха, страх – это эквивалент боли»

3. вселение надежды и уверенности в улучшении самочувствия

Таким образом, главная цель общения в сестринском деле - помощь пациенту в преодолении дезадаптации, связанной с болезнью.

Факторы, способствующие или препятствующие организации общения:

- тишина
- конфиденциальность,
- адекватное освещение, отопление и вентиляция
- удобная поза

Помимо внешней стороны общения (вербального и невербального) существует еще и внутренняя, скрытая сторона общения - *психологические закономерности восприятия* людьми друг друга. Эти закономерности определяет:

- степень знакомства
- предшествующая информация об этом человеке
- личный жизненный опыт общения, например, с категорией медицинских работников
- эмоциональный фон

Важную роль играет "эффект ореола" - первый образ восприятия, доминирующий впоследствии достаточно длительное время

Т 2.1.2.Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей).

Общие принципы при взаимодействии с пациентом:

Следите, чтобы пациент вас понимал;

Подберите слова, соответствующие образованности пациента;

Формулируйте краткие по форме высказывания;

Говорите как можно определеннее;

Поощряйте вопросы;

Спокойно выслушивайте аргументы;

Наблюдайте, какое впечатление производит ваша речь на пациента;

Смотрите пациенту в глаза, взгляд спокойный, поддерживающий и одобряющий;

Не отвлекайтесь на посторонние разговоры;

Выслушайте пациента до конца, не перебивайте;

Не занимайте негативную позицию по отношению к пациенту;

Принимайте пациента таким, какой он есть, не пытайтесь его перевоспитать, тем более унижить или оскорбить.

Подготовка пациента к исследованиям, процедурам, манипуляциям. Обеспечение дистанционно психологической поддержкой.

Основная цель: успокоить пациента, снизить напряжение, вселить уверенность, разъяснить суть манипуляции

1. Сначала необходимо познакомиться с пациентом, продемонстрировав свою доброжелательность и приветливость. Очень важно сформировать в общении между пациентом и медицинской сестрой ощущение психологического контакта.

2. Соблюдайте дистанцию, так как ее нарушение вызовет еще большее волнение пациента. Учитывайте индивидуальные особенности пациентов.

3. Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству, используйте открытые позы и жесты. Учитывайте культурные и религиозные традиции пациента.

4. Постарайтесь расположить к себе пациента, чтобы он стал вам доверять. Используйте техники активного слушания.

5. Объясните суть и ход предстоящей манипуляции, необходимость ее выполнения. Используйте язык понятный пациенту, не перегружайте сообщение медицинскими терминами. Спрашивайте, все ли пациент понимает. Возьмите у пациента письменное согласие на данную манипуляцию.

6. Если пациент отказывается, выясните причины отказа. Возможно, его что-то беспокоит, страх. Задавайте открытые вопросы. Постарайтесь в той же вежливой манере все объяснить, успокоить, вселить уверенность, настроить на позитивный лад. Следите за интонацией своего голоса. Обманывать пациента не следует.

7. Ни в коем случае нельзя ругать, критиковать, запугивать пациента. Фельдшер должен контролировать свои эмоции.

8. Используйте положительную обратную связь. Одобрительно реагируйте на правильное выполнение действий пациента.

Выявление психологических проблем пациентов

Общие принципы взаимодействия остаются стандартными. Психологическими проблемами пациента могут быть: тревога, страх, беспокойство, апатия, дефицит общения, дефицит знаний (о заболевании,

здоровом образе жизни и т.д.), недоверие к медицинскому персоналу, чувство ложного стыда, ложной вины перед близкими из-за своего заболевания, недостаток внешних ощущений, беспомощность, безысходность. Социальные проблемы проявляются в социальной изоляции, беспокойстве о финансовом положении в связи с выходом на инвалидность, дефиците досуга, беспокойстве за свое будущее.

Конечно, психологом фельдшер не может быть, но многие психологические проблемы пациентов он может решить. Сначала надо разобраться, что это за проблема. Иногда, они бывают надуманными, ложными. Но часто - это реальные проблемы. Обычно они связаны с заболеванием человека, с проблемами адаптации к условиям, к своему состоянию. И здесь фельдшер может выслушать пациента, разъяснить, что с ним произошло, как будет происходить процесс лечения, возможная реабилитация. Вселите уверенность в выздоровление, в реализацию планов на будущее. Способствуйте позитивному настрою пациента. Определите сильные стороны пациента, которые помогут решению актуальных и предотвращению потенциальных проблем.

Теоретическое занятие № 3.

Правила общения с родственниками пациентов или их законными представителями

Т 2.1.3.Доставка медицинской документации к месту назначения.

Памятка для представителей пациента и его посетителей

Родственники пациента, его посетители и представители имеют право на:

- Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- Информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации лечащего врача пациента и других лиц, непосредственно участвующих в оказании пациенту медицинской помощи;
- Информацию о состоянии здоровья пациента, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация;
- Обращение в администрацию больницы согласно графику приема граждан, утвержденному главным врачом, в случае возникновения конфликтных ситуаций, или нарушения их прав;
- Посещение пациента с постельным или палатным режимом в установленные администрацией Учреждения часы посещения.

Обязанности представителей пациента и его посетителей

Родственники пациента, его посетители и представители обязаны:

- При входе в отделение поставить мобильный телефон на беззвучный режим,
- Уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи пациенту, проявлять доброжелательность и вежливое отношение к другим пациентам;

- Сотрудничать с лечащим врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- Оказывать помощь медицинскому персоналу в уходе за пациентом и поддержании чистоты в палате только по личному желанию и после подробного инструктажа;
- Соблюдать тишину, чистоту и порядок;
- Выполнять требования и рекомендации медицинских работников относительно порядка и условий лечения их пациентов;
- Покинуть палату во время проведения инвазивных манипуляций (интубация трахеи, катетеризация сосудов, перевязки и т.п.);
- Не затруднять оказание медицинской помощи другим пациентам;
- Соблюдать распорядок дня отделения, требования пожарной безопасности и бережно относиться к имуществу больницы;
- Экономно расходовать электроэнергию, воду;
- При обнаружении источников пожара, получении информации о террористических и иных угрозах, немедленно сообщить об этом дежурному персоналу.

Представителям пациента и его посетителям
запрещается

- Курение, употребление и хранение спиртных напитков, наркотических и токсических веществ в помещениях и на территории Учреждения;
- Появление в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;
- Грубое или неуважительное отношение к персоналу Учреждения;
- Посещение пациентов в палатах в верхней одежде (головных уборах в том числе), без бахил;
- Вести фото или видеосъемку;
- Сдавать на хранение в гардероб большие суммы денег, ценные вещи, украшения, за которые администрация больницы ответственности не несет;
- Мешать отдыху пациентов: шуметь, вести громкие разговоры, в том числе по мобильному телефону;
- Передавать пациенту скоропортящиеся и запрещенные продукты питания;
- Самовольно передвигать мебель в палатах;
- Выбрасывать мусор, отходы в непредназначенном для этого месте, бросать марлю, вату, бумагу в унитазы, раковины, биде и пр.;
- Нарушать распорядок дня отделения;
- Садиться на застеленную постельным бельем кровать, пользоваться бельём, подушками и одеялами свободных кроватей в палатах;
- Посещать пациента во время неблагоприятной эпидемиологической обстановки,
- Посещение по уходу за пациентом – по согласованию с лечащим врачом;
- Посещать подвал и другие хозяйственные и технические помещения больницы, а также помещения, в которых осуществляются ремонтные работы;
- Пользоваться служебными телефонами;
- Прикасаться к приборам и медицинскому оборудованию без контроля со стороны медицинского персонала и только по назначению лечащего врача, после проведенного инструктажа;

- Самостоятельно устранять поломки оборудования;
- Использовать в палатах бытовые электроприборы (электрообогреватели и т.п.);
- Проносить огнестрельное и холодное оружие, пожароопасную и взрывоопасную бытовую химию, и взрывчатые вещества, и иные предметы и средства, наличие которых, либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих;
- Въезжать и оставлять личный автотранспорт на территории Учреждения, препятствующий движению служебного транспорта Учреждения;
- Выходить на балконы, открывать окна;
- Провозить и проносить крупногабаритное имущество в палаты пациентов, без согласования с администрацией Учреждения.

ТЕМА 2.2. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

Теоретическое занятие № 4.

Наблюдение за функциональным состоянием пациента

Т 2.2.1. Показатели функционального состояния, признаки ухудшения состояния пациента.

Для организации и осуществления качественного индивидуального ухода медсестра собирает информацию о пациенте.

Наблюдая за пациентом, надо обращать внимание:

- на состояние сознания,
- положение пациента в постели,
- выражение лица,
- цвет кожных покровов и видимых слизистых,
- состояние органов кровообращения и дыхания,
- функцию органов выделения и стул.

Полученная информация поможет не пропустить изменения, происходящие в состоянии здоровья пациента, и своевременно оказать необходимую помощь.

Т 2.2.2. Наблюдение за функциональным состоянием пациента.

Оценка состояния пациента с целью оценки способности к самоуходу

1 Удовлетворительное – пациент активен, выражение лица без особенностей, сознание ясное, наличие патологических симптомов не мешает оставаться активным.

2 Состояние средней тяжести – выражает жалобы, может быть вынужденное положение в постели, активность может усиливать боль, выражение лица болезненное, выражены патологические симптомы со стороны систем и органов, изменен цвет кожных покровов.

3 Тяжелое состояние – пассивное положение в постели, активные действия совершает с трудом, сознание может быть измененным, изменено выражение лица. Выражены нарушения функций дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

Оценка состояния сознания

1 Ясное сознание – пациент отвечает на вопросы быстро и конкретно.

2 Спутанное сознание – пациент отвечает на вопросы правильно, но замедленно.

3 Ступор – состояние оглушения, оцепенения, на вопросы пациент отвечает с опозданием и неосмысленно.

4 Сопор – патологический глубокий сон, пациент без сознания, не сохранены рефлексы, громким голосом его можно вывести из этого состояния, но он вскоре снова впадает в сон.

5 Кома – полное угнетение функций ЦНС: сознание отсутствует, мышцы расслаблены, утрата чувствительности и рефлексов. Бывает при остром нарушении мозгового кровообращения – кровоизлияниях в мозг, сахарном диабете, почечной и печеночной недостаточности.

6 Бред и галлюцинации – могут наблюдаться при выраженной интоксикации (инфекционные заболевания, тяжелое течение туберкулеза легких, воспаление легких).

Выражение лица

1 Лицо Гиппократово – при перитоните («острый живот»). Для него характерно следующее выражение лица: запавшие глаза, заостренный нос, бледность с цианозом, капли холодного пота.

2 Одутловатое лицо – при заболеваниях почек и др. – лицо отечное, бледное.

3 Лихорадочное лицо – при высокой температуре – блеск глаз, гиперемия лица.

4 Митральный румянец – цианотичные щеки на бледном лице.

5 Пучеглазие, дрожание век – при гипертиреозе и др..

6 Страдание, тревога, страх, болезненное выражение лица и т.д..

Состояние кожных покровов и слизистых оболочек

1 Нормальные кожные покровы – цвет кожи бледно-розовый.

2 Патологические изменения цвета кожных покровов:

- гиперемия – покраснение лица,
- цианоз, цианотичность – синюшность,
- иктеричность – желтушность.

3 Дефекты кожи – рубцы, сыпь, участки пигментации.

4 Влажность кожных покровов в норме проявляется лишь умеренным блеском ее поверхности, однако наличие на ней влаги пальпаторно не определяется; характеризуется как нормальная, сухость кожи, повышенная потливость.

5 Тургор кожи – это степень ее эластичности и упругости, которые определяются здоровьем всего организма, необходимыми веществами – витаминами, микро- и макроэлементами, а также возрастом человека. Определить тургор кожи можно следующим образом: оттяните кожную складку на тыльной стороне ладони, затем отпустите, если кожа разгладилась сразу же – тургор в норме. Если же до полного разглаживания кожи прошло не менее 5 секунд, значит снижен тургор кожи.

Эластичность кожи изменяется с возрастом. На тургор кожи влияет большое количество факторов: заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания эндокринной системы: щитовидной железы, сахарный диабет, курение и неправильное питание и др.

Положение в постели

1 Активное – пациент принимает любое удобное для него положение в постели

2 Пассивное – положение, которое пациенту придают медработники.

3 Вынужденное – положение, облегчающее страдания пациента. Выделяют следующие варианты вынужденного положения:

- поза эмбриона – положение на боку, ноги подведены к животу, руки скрещены на груди, голова согнута к груди – наблюдается при болях в животе;
- поза ортопноэ – сидя на краю кровати, пациент руками упирается на край кровати – это положение облегчает дыхание пациента и кашель;
- коленно-локтевое положение – при язвенной болезни, болезни почек и другие.

Типы телосложения (конституции) человека

Выделяется 3 конституциональных типа нормостенический, астенический, гиперстенический.

1 Нормостенический тип - это пропорционально сложенный человек с хорошо развитой мускулатурой, с широкими плечами, выпуклой грудью, небольшим упругим животом и средней длиной конечностей с хорошо развитыми на них мышцами.

2 Астенический тип в сравнении с нормостеническим характеризуется преимущественным развитием тела в длину, стройностью и легкостью его строения. Характерны высокий рост, узкая, плоская грудная клетка, покатые плечи, длинная шея, тонкие и длинные конечности, продолговатое лицо, слабое развитие мускулатуры, бледная, тонкая кожа, внутренние органы (сердце, легкие) относительно малых размеров.

3 Гиперстенический тип характеризуется большой развитостью в ширину. У таких людей относительно короткое, массивное, упитанное туловище и короткие конечности. Рост средний и ниже среднего. Голова круглая, череп большой, шея короткая, плечи широкие, крутые, грудная клетка короткая, широкая, живот большой, выпячен. Размеры сердца сравнительно большие, величина легких относительно мала.

Для диагностики нарушений здоровья проводят антропометрическое обследование, которое позволит ей определить степень удовлетворенности у пациента потребностей есть и пить.

Антропометрия – оценка телосложения человека путём измерения ряда параметров, из которых основными (обязательными) выступают измерение роста, массы тела, окружности грудной клетки.

Практическое занятие № 2

Измерение температуры тела

Т 2.2.3. Измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений.

Механизмы теплообразования и пути теплоотдачи.

У здорового человека температура тела в норме в течение суток колеблется в очень небольших пределах и не превышает 37 °С.

Это обеспечивается путем сложной регуляции теплопродукции и теплоотдачи. Теплопродукция осуществляется за счет окислительных процессов в мышцах и внутренних органах. Чем выше интенсивность обменных процессов,

тем больше теплопродукция. Теплоотдача может осуществляться путем теплопроводения, теплоизлучения и испарения. Теплоотдача главным образом зависит от богатой сети кожных кровеносных сосудов, которые значительно и быстро могут изменить свой просвет. При недостаточной выработке тепла организмом (или при его охлаждении), рефлекторно происходит сужение сосудов кожи и уменьшается отдача тепла. Кожа становится сухой, холодной, иногда появляется озноб (мышечная дрожь), что способствует некоторому увеличению теплопродукции скелетными мышцами. Наоборот, при избытке тепла (или при перегревании организма), наблюдается рефлекторное расширение сосудов кожи, увеличивается кровоснабжение кожи и соответственно растет отдача тепла проводением и излучением.

Если этих механизмов недостаточно, резко усиливается потоотделение: испаряясь с поверхности тела, пот обеспечивает очень интенсивную потерю тепла организмом.

Таким образом, сложный механизм терморегуляции обеспечивает температурное постоянство внутренней среды организма, что необходимо для нормального протекания обменных процессов.

Понятие о лихорадке.

Лихорадка (febris) - это повышение температуры тела выше 37 °С, возникающее как активная защитно-приспособительная реакция организма в ответ на разнообразные внешние и внутренние раздражители. Чаще всего таковыми бывают так называемые пирогенные вещества (греческ. pyro -огонь, жар и genes - порождающий, производящий). Это могут быть микробы и их токсины, сыворотки, вакцины, продукты распада собственных тканей организма при травме, внутренних кровоизлияниях, некрозах, ожогах и т.д.

Пирогенные вещества вызывают изменение терморегуляции: теплоотдача резко снижается (сосуды суживаются), а теплопродукция возрастает, что соответствует накоплению тепла и повышению температуры тела.

Возникающая при этом лихорадка ведет к увеличению скорости обменных процессов и играет важную роль в мобилизации защитных сил организма для борьбы с инфекцией и другими пирогенными факторами. Реже лихорадка имеет чисто неврогенное происхождение и связана с функциональными и органическими поражениями Ц.Н.С.

Периоды лихорадки.

В развитии лихорадки различают *три периода*.

I период подъема температуры. Теплопродукция преобладает над теплоотдачей, которая резко снижается за счет сужения сосудов кожи. Несмотря на подъем температуры, кожа становится холодной на ощупь, имеет вид "гусиной кожи", пациент жалуется на головную боль, ломоту в теле, озноб, пациент не может согреться.

В этот период необходимо создать покой пациенту, уложить его в постель, укрыть теплым одеялом, положить к ногам грелку, напоить горячим чаем.

II период относительного постоянства температуры. Он может длиться от нескольких часов до нескольких дней. Сосуды кожи расширяются, теплоотдача увеличивается и выравнивается с теплопродукцией. Поэтому дальнейшее повышение температуры прекращается и температура стабилизируется.

В этот период пациенту жарко, беспокоит головная боль, ломота в теле, сухость во рту, жажда. Возможно нарушение сознания в виде галлюцинаций и бреда. Кожные покровы горячие, лицо гиперемировано.

В этот период необходимо заменить теплое одеяло на легкую простыню, давать пациенту (как можно чаще!) витаминизированное прохладное питье (морс, настой шиповника). Периодически протирать слабым раствором соды ротовую полость, а губы смазывать любым жиром. При выраженной головной боли и для предупреждения нарушения сознания на лоб пациента положить пузырь со льдом или холодный компресс, смоченный в растворе уксуса (2 столовых ложки на 0,5 литра воды). Желательно установить индивидуальный пост медсестры у такого пациента или, если это невозможно, постовая медсестра обязана часто подходить к пациенту, следить за пульсом и общим состоянием.

Чем выше температура и больше ее колебания, тем больше истощается пациент. Чтобы повысить сопротивляемость организма и восполнить энергетические потери, необходимо давать пациенту высококалорийные и легкоусвояемые продукты в жидком или полужидком виде. В связи со значительным снижением аппетита следует кормить пациента 5-6 раз в сутки небольшими порциями. В рационе ограничивают поваренную соль, что приводит к усилению диуреза, и вместе с обильным витаминизированным питьем способствует удалению из организма токсических веществ, которые всасываются в кровь во время лихорадки.

Если пациенту дают минеральную воду, то необходимо поддержать ее некоторое время открытой для удаления газов и профилактики метеоризма. Медицинская сестра осуществляет уход за кожей и профилактику пролежней. Все физиологические отправления пациенты с тяжелой лихорадкой должны совершать в постели. Медсестре необходимо помнить об этом.

III период - снижение температуры - протекает по-разному, так как температура может падать критически, то есть быстро с высоких цифр до низких (например, с 40 до 36 °C), в течение часа. Это сопровождается резким падением тонуса сосудов, снижением артериального давления, появлением нитевидного пульса (явление острой сосудистой недостаточности - коллапса). Пациент становится бледным, холодным на ощупь, появляется обильный пот, цианоз губ, резкая слабость - это состояние называется кризисом и требует срочных мер.

1. Необходимо создать вынужденное положение пациенту: приподнять ножной конец кровати и убрать подушки из-под головы.
2. Укрыть пациента, обложить грелками, напоить горячим крепким чаем или кофе.
3. Вызвать врача.
4. Приготовить для подкожного введения 10% раствор кофеин-бензоата натрия или 10% раствор сульфокамфокаина.
5. При улучшении состояния протереть пациента насухо, сменить нательное и постельное белье.
6. В большинстве случаев температура падает литически - постепенно, что сопровождается появлением небольшой испарины на коже и слабостью.

Виды лихорадки

1. По степени подъема температуры
 - субфебрильную лихорадку (температура не выше 38 °C),
 - умеренную, или фебрильную лихорадку (38-39 °C),

- высокую или пиретическую лихорадку (39-41 °С),
- чрезмерную или гиперпиретическую лихорадку (выше 41 °С).

2. По длительности течения различают:

- Мимолетная – до двух часов;
- Острая – от нескольких часов до 15 дней;
- Подострая – от 10 дней до 45 дней;
- Хроническая – свыше 45 дней.

3. По характеру колебаний температуры тела в течение суток лихорадки различают:

1. *Постоянная* – длительное повышение температуры с суточными колебаниями не более 1 °С.
2. *Послабляющая (ремиттирующая)* – длительная лихорадка с суточными колебаниями температуры от 1 °С до 1,5 °С без снижения до нормального уровня.
3. *Истоющая (гектическая)* – лихорадка, характеризующаяся большими подъемами (на 3-5 °С) и быстрыми спадами температуры тела, повторяющимися 2-3 раза в сутки. Падение температуры происходит до нормальных или субнормальных цифр (ниже 36 °С).
4. *Извращенная* – это лихорадка, при которой утренняя температура выше вечерней. Характерна для туберкулеза.
5. *Волнообразная* – это лихорадка, при которой более или менее длительные периоды повышенной температуры чередуются с периодами нормальной температуры на протяжении нескольких дней.
6. *Перемежающаяся (интермиттирующая)* – лихорадка, которая характеризуется чередованием в течение дня периодов повышенной температуры с периодами нормальной и пониженной температуры.
7. *Возвратная лихорадка* - в отличие от перемежающейся лихорадки, быстро повысившаяся температура тела сохраняется на повышенном уровне в течение нескольких дней, потом временно снижается до нормы с последующим новым повышением, и так многократно. Такая лихорадка характерна для возвратного тифа.
8. *Неправильная лихорадка* - лихорадка неопределённой длительности с неправильными и разнообразными суточными колебаниями. Она характерна для гриппа, ревматизма.

Термометрия

Термометрия — это измерение температуры тела человека. Чаще температуру тела измеряют максимальным медицинским термометром. Это стеклянный резервуар, в который впаяны шкала и капилляр, имеющий на конце расширение, заполненное ртутью. Ртуть, нагреваясь и увеличиваясь в объёме, поднимается по капилляру до определённой отметки на шкале термометра. Максимальная высота подъёма столбика ртути и определяет название термометра — максимальный. Опуститься в резервуар самостоятельно ртуть не может, так как этому препятствует резкое сужение капилляра в нижней части. Возвращают ртуть в резервуар встряхиванием.

Шкала термометра рассчитана на определение температуры тела с точностью до 0,1 °С — от 34 до 42 °С.

Места измерения температуры тела определяют в зависимости от характера заболеваний. Измерение температуры тела с помощью медицинского термометра проводят:

- в подмышечной впадине;
- паховой складке (у детей);
- полости рта (подъязычной области)
- прямой кишке;
- влагалище.

Термометрию проводят обычно дважды в день: утром в 7—8 ч и вечером в 17—18 ч. Следует отметить, что минимальная температура тела фиксируется рано утром (между 3 и 6 ч), а максимальная — во второй половине дня (между 17 и 21 ч). Измерение температуры тела по назначению врача может производиться чаще, по мере необходимости.

Перед измерением температуры пациент нуждается в отдыхе (10-15 минут); проводить измерения не ранее чем через час после приёма пищи; в экстренных ситуациях это не учитывается.

В ротовой полости и прямой кишке в норме температура выше на 1°C , чем в подмышечной впадине.

У пожилых людей температура тела $35,0-36,0^{\circ}\text{C}$, у новорождённых $37,0-37,2^{\circ}\text{C}$ считается нормой.

Пациент должен быть информирован о предстоящем исследовании температуры.

Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на измерение температуры не требуется, так как данный диагностический метод не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента. Температуру, как правило, измеряют 2 раза в день (в 7—8 ч утра и в 17—19 ч вечера), при необходимости измерение проводят чаще — каждые 2 или 4 часа.

Очень важно помнить, что при измерении полученные показатели температуры тела всегда зависят от того, где именно проводится измерение. Поэтому, вопреки распространенному мнению, не существует единой «нормальной температуры». Результаты могут различаться: температура в ротовой полости обычно на $0,5$ градуса ниже измеренной в прямой кишке и на $0,5$ градуса выше температуры тела, измеренной под мышкой. Температура тела в ушном канале, равна или несколько выше ректальной.

Измерение температуры тела в подмышечной впадине (Аксиллярное)

Оснащение: максимальный медицинский термометр, ёмкость с дезинфицирующим раствором, индивидуальная салфетка, температурный лист.

1. Установить с пациентом доверительные отношения, проинформировать о ходе предстоящей процедуры и взять согласие на выполнение манипуляции.
2. Вымыть и осушить руки.
3. Осмотреть подмышечную впадину, вытереть салфеткой кожу подмышечной области насухо (при наличии гиперемии, местных воспалительных процессов измерение температуры проводить нельзя).
4. Встряхнуть термометр для того, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35°C .

5. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; попросить больного плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удерживать руку).
6. Вынуть термометр через 10 мин, снять показания, сообщить пациенту.
7. Встряхнуть ртуть в термометре до отметки ниже 35 °С.
8. Поместить термометр в ёмкость с дезинфицирующим раствором (раствор хлорамина 1% на 30 минут, раствор перекиси водорода 3% на 80 минут, «Дезоксон-1» 0,1% на 15 минут).
9. Вымыть и осушить руки.
10. Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

Регистрация температуры в температурный лист.

Для графического изображения суточных колебаний температуры составляют температурные листы, в которые указывают фамилию пациента, заносят результаты измерения температуры тела. Его заводят в приёмном отделении вместе с медицинской картой на каждого пациента, поступающего в стационар. Помимо графической регистрации данных измерения температуры (шкала «Т»), в температурном листе строят кривые частоты пульса (шкала «П») и артериального давления (шкала «АД»). В нижней части температурного листа записывают данные подсчёта частоты дыхания в 1 мин, массу тела, а также количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (в мл). Данные о дефекации («стул») и проведённой санитарной обработке обозначают знаком «+».

По оси абсцисс температурного листа отмечают дни болезни. Каждый день болезни рассчитан на двукратное измерение температуры тела. По оси ординат расположена температурная сетка, каждое деление которой составляет 0,2 °С. Графа "День пребывания" разделена на две половины: "У" (утро) и "В" (вечер). Утреннюю температуру фиксируют точкой (синей или черной пастой) в графе "У", вечернюю — в графе "В". При соединении точек получается температурная кривая, отражающая при наличии лихорадки тот или иной её тип.

Помощь пациенту в каждом периоде лихорадки.

Проблемы	Цели	Вмешательства
Период повышения температуры тела	1. У пациента не будет озноба	1. Измерение температуры тела 2. Рекомендовать пациенту удобно лечь, тепло укрыться, дать горячее питье
Температура тела выше 37,5°C	Температура тела будет снижаться Не будет обезвоживания Не будет снижения массы тела (если лихорадочное состояние длится несколько дней)	1. Измерение температуры тела и регистрация результатов 2. Рекомендовать ограничение физической активности (режим активности - по назначению врача) 3. Рекомендовать (осуществлять) все процедуры, увеличивающие теплоотдачу (пузырь со льдом, холодный компресс, вентилятор и т.п.) 4. Рекомендовать (при необходимости обеспечить) пить до 2л. жидкости в день (при отсутствии противопоказаний, определяемых врачом) 5. Рекомендовать адекватное количество пищи 6. При необходимости - осуществлять помощь в личной гигиене 7. Контролировать количество мочи и режим дефекации 8. Вводить лекарственные средства по назначению врача
Литическое снижение температуры тела	Восстановление возможности самоухода	1. Рекомендовать пациенту расширение режима активности 2. Поощрять потребность в самоуходе
Критическое снижение температуры тела	Не будет осложнений, связанных с критическим снижением температуры	1. Измерение температуры тела 2. Консультация врача 3. Перемещение пациента в положение на спине 4. Контролировать гемодинамические показатели (пульс, АД) 5. Контролировать состояние кожи (влажность, цвет) 6. Введение лекарственных средств, назначенных врачом 7. Помощь в осуществлении личной гигиены, после улучшения самочувствия

Практическое занятие № 3.
**Измерение частоты пульса, артериального давления, частоты
дыхательных движений**

Т 2.2.5. Определение основных показателей функционального состояния пациента.

Артериальный пульс

Пульс (Ps) - это колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему. Характер пульса зависит от:

- 1) величины и скорости выброса крови сердцем,
- 2) состояния стенки артерии (эластичность).

Артериальный пульс обычно определяют на лучевой артерии.

В диагностических целях можно определять пульс на других артериях:

- *на сонной артерии* - при низком артериальном давлении чаще всего пульс на лучевой артерии обнаружить очень трудно, поэтому производят подсчет пульса на сонной артерии. Исследовать пульс надо поочередно с каждой стороны без сильного давления на артерию. При значительном давлении на артериальную стенку возможны: резкое замедление сердечной деятельности, вплоть до остановки сердца, обморок, головокружение, судороги. Пульс пальпируется на боковой поверхности шеи впереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы между верхней и средней третью.
- *на бедренной артерии* - пульс исследуют в паховой области при выпрямленном бедре с небольшим поворотом кнаружи.
- *на подколенной артерии* пульс исследуют в подколенной ямке в положении пациента лежа на животе.
- *на задней большеберцовой артерии* пульс исследуют за внутренней лодыжкой, прижимая к ней артерию.
- *на артерии тыла стопы* пульс исследуют на тыльной поверхности стопы, в проксимальной части первого межплюсневое пространство.

Состояние пульса оценивается по его качествам:

1. **РИТМ** - это чередование пульсовых волн через определенные интервалы времени. Если интервалы времени одинаковые – Ps ритмичный. Если интервалы времени не одинаковые – Ps не ритмичный (неправильный). Нарушения сердечного ритма называется аритмиями:
 - а. экстрасистолия – внеочередное сокращение
 - б. мерцательная аритмия – беспорядочное хаотическое сокращение сердца
2. **ЧАСТОТА** - это число пульсовых волн в минуту. N=60-80; >80 – тахикардия; <60 – брадикардия.
3. **НАПРЯЖЕНИЕ** - это сила, с которой кровь давит на стенки сосудов. Определяется степенью усилия, необходимого для сдавления лучевой артерии, чтобы прекратить полностью прохождение пульсовой волны.

Зависит от величины АД. При повышении АД – Ps твердый или напряженный. При пониженном АД – Ps мягкий. При нормальном АД – умеренного напряжения.

4. **НАПОЛНЕНИЕ** - это заполненность кровью сосудов. Характеризуется величиной сердечного выброса (т.е. тем количеством крови, которое поступает в кровяное русло), зависит от сократительной силы сердца в период систолы; определяется объемом крови, поступившим в артерию. PS полный – при достаточном сердечном выбросе. Ps пустой – при уменьшении объема циркулирующей крови, уменьшению сердечного выброса (кровопотеря).
5. **СИММЕТРИЧНОСТЬ** - в норме качество пульса симметрично на правой и левой стороне тела
6. **ВЕЛИЧИНА** пульса определяется степенью напряжения и наполнения. Ps большой - хорошего наполнения, достаточного напряжения; Ps малый -малого наполнения, достаточного напряжения; Ps нитевидный - едва прощупывается.

Исследования пульса следует проводить на обеих конечностях, сравнивая его свойства.

Если пульс ритмичный, возможен подсчет пульсовых волн за 30 секунд, при этом полученный результат следует удвоить.

При наличии у пациента инфекционного кожного заболевания медицинскую услугу рекомендуется выполнять в перчатках.

Пациент или родственники (доверенные лица) должны быть информированы о предстоящей процедуре. Информация, сообщаемая медицинским работником, включает сведения о цели и ходе данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.

Производится графическая регистрация результатов исследования в температурном листе.

Оснащение: часы с секундомером, антисептическое средство для обработки рук, дезинфицирующее средство, жидкое мыло, полотенце.

Алгоритм определения пульса

1. Представиться пациенту, объяснить ход и цель процедуры по исследованию пульса. Получить согласие пациента на процедуру.
2. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
3. Предложить пациенту или придать ему удобное положение.
4. Положить первый палец руки на тыльную сторону выше кисти пациента, а второй, третий и четвертый пальцы — по ходу лучевой артерии, начиная с основания первого пальца пациента.
5. Прижать слегка артерию к лучевой кости и почувствовать её пульсацию.
6. Взять часы с секундомером.
7. Провести подсчет пульсовых волн на артерии в течение 1 мин.

8. Определить интервалы между пульсовыми волнами (ритм пульса).
9. Определить наполнение пульса (объем артериальной крови, образующей пульсовую волну).
10. Сдавить лучевую артерию и оценить напряжение пульса.
11. Провести регистрацию частоты пульса в температурном листе графическим способом красным карандашом (в графе "П" (пульс) представлены значения частоты пульса от 50 до 160 в одну минуту), а в листе наблюдения - цифровым способом (Ps 76 уд/мин – форма записи).
12. Сообщить пациенту результаты исследования.
13. Вымыть и осушить руки. Руки обработать антисептическим средством.

Артериальное Давление - (АД) - это давление крови на стенки артерий. Оно зависит от:

- величины сердечного выброса
- тонуса артериальной стенки

Максимального уровня АД достигает во время сокращения (систолы) левого желудочка сердца. При этом из сердца выталкивается около 70 мл крови. Давление это называется систолическим. В норме оно достигает 100-140 мм рт. ст. АД выражается в единицах - миллиметр ртутного столба (мм рт. ст.).

Во время паузы между сокращениями желудочков сердца (то есть диастолы), стенки аорты и крупных артерий начинают сокращаться и проталкивать кровь в капилляры. Давление крови постепенно падает и к концу диастолы достигает максимальной величины: 60-90 мм рт. ст. Это давление называется диастолическим.

Разница между систолическим и диастолическим АД - это пульсовое давление.

О величине АД можно судить после его определения с помощью аппарата - тонометра. Основной методики является аускультация (выслушивание).

Достоверные показатели будут получены при измерении АД у пациента в положении сидя или лежа на обеих руках после 10-15 минут отдыха. Измеряется не менее 3-х раз с интервалом в 5 минут. Берется средний показатель.

В норме величина АД зависит от индивидуальных особенностей, образа жизни.

В течение дня АД колеблется: утром АД ниже, а вечером - выше. С возрастом АД постепенно повышается. Это обусловлено и физической, и психоэмоциональной нагрузкой.

Повышение АД - называется артериальной гипертензией,
Понижение АД - называется артериальной гипотензией.

АД фиксируется в виде цифровой дроби в истории болезни В температурном листе - графически в виде столбика красного цвета. Верхняя граница обозначает систолическое АД, а нижняя – диастолическое АД.

Аппараты для определения АД

Аускультативный метод измерения АД был предложен в 1905 г. Н.С. Коротковым. Различают ручной (тонометр), полуавтоматический и автоматический типы приборов, измеряющих АД.

Тонометры получили наиболее широкое распространение. Они безопасны, достаточно портативны. При длительном использовании точность измерения может снижаться, поэтому эти приборы следует периодически проверять. Чтобы измерить АД с помощью тонометра, необходимо иметь фонендоскоп. Фонендоскоп — инструмент для выслушивания звуков (аускультации), сопровождающих работу легких, сердца и сосудов. Он обычно состоит из «головки», прикладываемой к телу, трубок, проводящих звуковые колебания, и наконечников, вставляемых в уши.

В полуавтоматических приборах накачка манжеты происходит путем нагнетания воздуха резиновой грушей, а регулировка скорости стравливания воздуха из манжеты производится автоматически.

Автоматические приборы характеризуются наличием встроенного компрессора, обеспечивающего автоматическую накачку манжеты; электронного клапана сброса воздуха, позволяющего поддерживать скорость спуска воздуха из манжеты во время измерения и сбрасывать воздух из манжеты после окончания измерения.

Алгоритм измерения артериального давления на плечевой артерии

Подготовка к процедуре:

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.
2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
3. Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его.

Выполнение процедуры:

4. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.
5. Наложить манжету тонометра на плечо пациента. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки — один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки.
6. Постепенно произвести нагнетание воздуха грушей тонометра до исчезновения пульса (исчезновение пульса фиксируется исследователем пальпаторно). Этот уровень давления, зафиксированный на шкале тонометра, соответствует систолическому давлению.
7. Спустить воздух из манжеты тонометра и подготовить прибор для повторного накачивания воздуха.
8. Мембрану стетофонендоскопа поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии в области локтевой впадины, слегка прижав к коже, но, не прилагая для этого усилий.
9. После фиксации мембраны быстро накачать манжету до уровня, превышающего полученный результат на 30 мм рт.ст.
10. Сохраняя положение стетофонендоскопа, начать спускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. за секунду.

11. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона – это систолическое давление, значение которого должно совпадать с оценочным давлением, полученным пальпаторным путем.
12. Отметить по шкале на тонометре прекращение громкого последнего тона – это диастолическое давление. Для контроля полного исчезновения тонов продолжать аускультацию до снижения давления в манжете на 15-20 мм рт.ст. относительно последнего тона.
13. Выпустить воздух из манжета.

Окончание процедуры

14. Сообщить пациенту результат измерения артериального давления.
15. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
16. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

Ошибки при измерении АД.

Для того чтобы избежать ошибки при измерении АД необходимо строго придерживаться определённых правил, независимо от типа аппарата:

- за 30 мин до измерения не следует курить и пить кофе, крепкий чай;
- перед измерением АД нужно спокойно посидеть в течение 5 мин.;
- измеряйте АД всегда в положении сидя. Руку для измерения АД необходимо расслабить и освободить от одежды. На этой руке не должно быть шрамов от разрезов плечевой артерии, отека или фистул для проведения гемодиализа;
- расположите руку так, чтобы локтевой сгиб был на уровне сердца. Лучше всего положить руку на стол, чуть выше уровня поясницы;
- наложите манжету на плечо так, чтобы ее нижний край был на 2,5 см (на 2 пальца) выше локтевого сгиба. Закрепите манжету так, чтобы она плотно облегла плечо, но не вызывала ощущения сдавливания или боли;
- измерив АД, повторите измерение через 2 мин. Если два показания прибора различаются более чем на 5 мм. рт. ст., нужно измерить АД еще раз. Рассчитайте среднее значение.

Наиболее частая ошибка связана с неправильным подбором манжеты.

Частота дыхательных движений (ЧДД)

Совокупность вдоха и следующего за ним выдоха считают одним дыхательным движением. Количество дыханий за 1 мин называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны.

В некоторых случаях необходимо определить частоту дыхания. ЧДД у взрослого человека в покое составляет 16—20 в мин, у женщин она на 2—4 дыхания больше, чем у мужчин. В положении «лёжа» число дыханий обычно уменьшается (до 14—16 в мин), в вертикальном положении — увеличивается (18—20 в мин). У тренированных людей и спортсменов частота дыхательных движений может уменьшаться и достигать 6—8 в мин.

Факторы, приводящие к учащению сокращений сердца, могут вызвать увеличение глубины и учащение дыхания. К ним относятся: физическая нагрузка, повышение температуры тела, сильное эмоциональное переживание, боль, кровопотеря и др.

Пациент может произвольно изменять частоту, глубину, ритм дыхания, поэтому наблюдение за дыханием следует проводить незаметно. Например, во время подсчёта дыхательных движений, вы можете сказать пациенту, что исследуете его пульс.

Определение частоты дыхательных движений

Оснащение: часы или секундомер, температурный лист, ручка, бумага.

Алгоритм выполнения.

1. Предупредить пациента, что будет проведено исследование пульса (не следует информировать пациента, что будет исследоваться частота дыхания).
2. Вымыть руки.
3. Попросить пациента удобнее сесть (лечь), чтобы видеть верхнюю часть его грудной клетки и (или) живота.
4. Взять пациента за руку так, как для исследования пульса, но наблюдать за экскурсией его грудной клетки и считать дыхательные движения в течение 1 минуты (только число вдохов)
5. Если не удаётся наблюдать экскурсию грудной клетки, то положить руки (свою и пациента) на грудную клетку (у женщин) или эпигастральную область (у мужчин), имитируя исследование пульса (продолжая держать руку за запястье).
6. Записать результаты в принятую документацию.
7. Вымыть руки.
8. Сообщить пациенту результаты исследования.
9. Число дыхательных движений (частота) регистрируется в температурном листе графическим способом.

Различают три типа дыхания:

1) *Грудной тип* - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха суживается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.

2) *Брюшной тип* - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движение мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление, и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При выдохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюшную стенку назад. Этот тип дыхания еще называют диафрагменным. Он встречается преимущественно у мужчин.

3) *Смешанный тип* - дыхательные движения совершаются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип встречается чаще всего у спортсменов.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может появиться одышка, то есть, нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания различают три вида одышки:

- 1) Инспираторная - затруднен вдох. Это бывает например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или при любом механическом препятствии.
- 2) Экспираторная - затруднен выдох. Такой тип одышки характерен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.
- 3) Смешанный - затруднен и вдох и выдох. Такой тип одышки характерен для заболеваний сердца.

Если одышка резко выражена, заставляет пациента занимать вынужденное сидячее положение - такая одышка называется *удушьем*. Внезапный приступ удушья называется *астмой*.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может изменяться частота дыхательных движений. если частота дыхательных движений больше 20, такое дыхание называют *тахипноэ*, если меньше 16 - *брадипноэ*.

Иногда одышка носит определенный характер и имеет соответствующее название: дыхание Куссмауля, дыхание Биота, дыхание Чейн-Стокса

Виды патологического дыхания	Изменения при патологическом дыхании
1. Дыхание Куссмауля	Редкое, глубокое дыхание
1. Дыхание Чейн-Стокса	Постепенно нарастающая глубина дыхания, затем постепенно убывающая, пауза
2. Дыхание Биота	Равномерное по глубине дыхание, но с большими паузами

Практическое занятие № 4.

Измерение антропометрических показателей (рост, масса тела).

Т 2.2.6. Алгоритм измерения антропометрических показателей (рост, масса тела).

Антропометрия – это определение физического развития человека путем измерения тела и его частей.

К антропометрии относятся: определение массы тела, роста, измерение окружности грудной клетки и некоторые другие.

Техника измерения роста пациента

Цель измерения роста пациента: оценка физического развития.

Показания: поступление в стационар, профилактические осмотры.

Оснащение: ростомер, ручка, история болезни, емкость с дез. раствором, одноразовая салфетка, перчатки.

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно представиться ему.

2. Уточнить, как к нему обращаться
3. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие. Оценить возможность пациента участвовать в процедуре.
4. Подготовить ростомер: постелить клеенку или одноразовую прокладку под ноги.
5. Предложить пациенту разуться, расслабиться, женщинам с высокой прической распустить волосы.
6. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой так, чтобы он касался ее тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством).
7. Встать справа либо слева от пациента.
8. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались по одной линии, параллельно полу.
9. Опустить на голову пациента планшетку. Зафиксировать планшетку, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. Определить показатели, проводя отсчет по нижнему краю.
10. Сообщить полученные данные пациенту.
11. Убрать салфетку.
12. Обработать площадку ростомера дез. раствором в соответствии с инструкцией.
13. Записать полученные данные в историю болезни.

Определение массы тела.

Цель: оценка физического развития, эффективности лечения и ухода.

Показания: профилактические осмотры, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной систем.

Оснащение: медицинские весы, ручка, история болезни, емкость с дез. раствором, одноразовые салфетки.

Подготовка к процедуре

1. Собрать информацию о пациенте. Вежливо представиться ему. Спросить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить ход процедуры и правила проведения: натошак; в одной и той же одежде, без обуви; после опорожнения мочевого пузыря и по возможности кишечника. Получить согласие. Оценить возможность участия пациента в процедуре.
2. Подготовить весы: отрегулировать; закрыть затвор. Постелить клеенку или бумагу на площадку весов.
3. Предложить пациенту раздеться до нательного белья, помочь разуться и осторожно встать (без обуви) на середину площадки.
4. Открыть затвор, провести определение массы тела пациента, закрыть затвор.
5. Помочь пациенту сойти с весовой площадки.
6. Сообщить пациенту результат исследования массы тела.

7. Убрать салфетку с площадки весов и выбросить её в емкость для отходов.
8. Обработать площадку весов дез. средством.
9. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
10. Записать результаты в соответствующую медицинскую документацию.

Измерение окружности грудной клетки.

Цель: диагностическая.

Оснащение: сантиметровая лента; 70% этиловый спирт или 1% раствор хлорамина; марлевые салфетки; лист бумаги, ручка; перчатки латексные.

1. Установить доверительные отношения.
2. Объяснить пациенту цель исследования и ход процедуры, получить согласие.
3. Вымыть и высушить руки, надеть перчатки.
4. Предложить пациенту встать лицом к медицинской сестре с опущенными вниз руками.
5. Наложить сантиметровую ленту на тело пациента, сзади под нижними углами лопаток, спереди по 4-му ребру по сосковой линии (у мужчин) или выше грудной железы.
6. Определить окружность грудной клетки в состоянии покоя, максимального вдоха, полного выдоха.
7. Записать данные:
 - ОГК покоя -
 - ОГК вдох -
 - ОГК выдох -
8. Продезинфицировать сантиметровую ленту (протереть спиртом или 1% раствором хлорамина салфеткой с двух сторон).
9. Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

О к р у ж и о с т ь ж и в о т а

Измеряют мягкой сантиметровой лентой на уровне III поясничного позвонка сзади и на уровне пупка спереди. У больных с асцитом измерения производят ежедневно утром натощак. Увеличение размеров окружности живота может указать на нарастание скопления жидкости в брюшной полости.

Т 2.2.7. Информирование медицинского персонала об изменениях в состоянии пациента.

Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими

непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

ТЕМА 2.3. СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ ПАЦИЕНТА

Теоретическое занятие № 5. Санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента.

Т 2.3.1. Санитарно-эпидемиологические требования соблюдения правил личной гигиены пациента.

При поступлении в стационар пациенты, при необходимости, проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую:

- принятие душа или ванны,
- стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра.

После санитарной обработки больному выдается комплект чистого нательного белья, пижама/халат, тапочки. Личная одежда и обувь оставляются в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передаются его родственникам (знакомым). Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде. Личная одежда больных

инфекционными заболеваниями должна подвергаться камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных санитарными правилами.

В отделении больному выдается мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости, - поильник, плевательница, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены.

Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 дня, нательного белья и полотенца - ежедневно, подкладных пеленок - не менее 4 - 5 раз в сутки и по необходимости. Допускается использование прокладок фабричного изготовления.

Перед возвращением пациента в палату после операции производится обязательная смена белья. Смена белья пациентам после операций должна проводиться систематически до прекращения выделений из ран.

В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование памперсов.

При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема, пациент обеспечивается индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым.

Практическое занятие № 5.

Создание комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации

Т 2.3.2. Создание комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации.

Качество оказания медицинской помощи включает в себя несколько составляющих, одной из наиважнейших которых является создание комфортных условий для пребывания пациентов, а также для работников медицинского учреждения, осуществляющих медицинскую деятельность.

Во время нахождения в стационаре пациент имеет право, вне зависимости от того, платно или бесплатно ему оказывается медицинская помощь, на комфортные условия, соответствующие санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам.

В стационарах организаций здравоохранения для пациентов должны быть организованы безопасные условия пребывания. Помещения стационара должны быть оборудованы средствами пожаротушения, системами оповещения людей о пожаре. Пути эвакуации людей при пожаре должны быть свободными, не загроможденными. Для инвалидов и других маломобильных групп населения в медицинских учреждениях должны быть созданы специальные условия (пандусы, лифты и т.п.).

Кроме того, в стационарах организаций здравоохранения должно быть все необходимое оборудование для качественного оказания медицинской помощи. Оборудование, которое в обязательном порядке должно быть в стационаре больницы, регламентируется в порядках оказания медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ. Надзор за соблюдением указанных порядков осуществляют контрольные органы, в том числе прокуратура.

Организация здравоохранения должна иметь резервные источники электроснабжения и водоснабжения. Внезапное отключение электричества или водоснабжения не должны приводить к прекращению деятельности учреждений, и тем более не должны отражаться на качестве оказания медицинской помощи, причинять вред здоровью пациентов. В случае если такое происходит, налицо ненадлежащее исполнение должностными лицами своих обязанностей, которое должно повлечь возбуждение уголовного дела по ст. 293 УК РФ (халатность).

В организациях здравоохранения должны соблюдаться правила по установке, размещению, эксплуатации физиотерапевтической аппаратуры, внутренней отделке помещений, использованию средств индивидуальной защиты персонала, организации рабочих мест персонала, соблюдаться санитарные требования и гигиенические нормативы, касающиеся условий труда медицинских работников.

В целях надзора за исполнением законодательства, регламентирующего вопросы технического и санитарного состояния зданий, в которых расположены медицинские учреждения, а также в целях надзора за законностью расходования бюджетных средств, выделяемых на содержание зданий, их строительство и ремонт, необходимо не только своевременно реагировать на выявленные нарушения закона, но и обращать внимание на исполнение законов органами государственной власти, органами местного самоуправления, учреждениями здравоохранения при осуществлении ими финансирования, содержания, строительства и ремонта зданий государственных и муниципальных медицинских учреждений.

Активная позиция самих пациентов по вопросам комфортабельности организаций здравоохранения не только позволит добиться законности при расходовании бюджетных средств, выделяемых на содержание, строительство и ремонт зданий медицинских учреждений, но и обеспечит гражданам доступность и качество медицинской помощи

Т 2.3.3. Правильное применение средств индивидуальной защиты.

Алгоритм использования СИЗ медицинским персоналом

СИЗ, используемые для профилактики ИСМП:

1. Спецодежда:

- Медицинский халат, медицинский костюм многоразового использования.
- Медицинский халат, медицинский костюм, нарукавники одноразового использования.
- Медицинский халат стерильный одноразовый.

2. Медицинская шапочка.

3. Перчатки одноразового использования (стерильные и нестерильные).

4. Медицинская маска одноразового применения.

5. Защитные очки.

6. Защитный фартук.

Смена рабочей одежды сотрудниками в родильном доме, режимных кабинетах (процедурный кабинет, перевязочный кабинет, манипуляционная, смотровая и др.), операционном блоке, ЦСО должна проводиться ежедневно и по мере загрязнения биологическими выделениями пациентов или нарушения целостности. В отделениях терапевтического профиля – два раза в неделю и по мере загрязнения.

Порядок надевания средств индивидуальной защиты:

1. Надеть защитную одежду (хирургический халат/комбинезон).
2. Надеть защиту органов дыхания (медицинскую маску/респиратор).
3. Надеть защиту глаз (очки/щиток).
4. Надеть шапочку.
5. Обработать руки спиртовым антисептиком.
6. Надеть перчатки.

НАДЕВАНИЕ ХАЛАТА

1. Достаньте хирургический халат из индивидуальной упаковки
2. Разверните хирургический халат к себе внутренней стороной
3. Наденьте хирургический халат

НАДЕВАНИЕ МАСКИ

Применение медицинских масок снижает риск передачи инфекции в двух направлениях: при использовании больным маска предотвращает выброс возбудителей в окружающую среду; применение маски здоровыми людьми при контакте с больными защищает их от крупных частиц аэрозоля, которые образуются в ходе патологических актов, таких как чихание и кашель; в ходе физиологических актов, например, при разговоре.

1. Обработайте руки спиртосодержащими кожными антисептиками.
2. Держите медицинскую маску креплениями ушных петель наружу.
3. Убедитесь в удобном прилегании фиксатора для носа на переносице.
4. Расправьте специальные складки на маске. Убедитесь, что маска плотно прилегает к лицу.

Существует ряд правил использования медицинских масок:

- медицинские маски используются исключительно однократно;
- маска должна плотно прикрывать рот, нос и подбородок;

- если одна из поверхностей маски имеет цвет, то маску надевают белой стороной к лицу;
- при наличии специальных складок на маске их необходимо развернуть;
- при наличии вшитой гибкой пластины в области носа, ее следует плотно пригнуть по спинке носа для обеспечения наиболее плотного прилегания к лицу;
- при использовании маски необходимо избегать прикосновений к фильтрующей поверхности руками. В случае прикосновения к маске необходимо вымыть руки либо провести гигиеническую обработку с использованием кожных антисептиков;
- замену маски необходимо осуществлять не реже одного раза в 3 часа;
- если маска увлажнилась, ее следует заменить на новую немедленно;
- снимать маску следует за резинки либо завязки, не прикасаясь непосредственно к фильтрующей поверхности;
- менять маски необходимо каждые 3 часа.

В медицинских организациях использованные медицинские маски подлежат обеззараживанию и удалению точно так же, как и медицинские отходы соответствующего класса.

Алгоритм действий медицинских работников в аварийной ситуации с целью профилактики профессионального заражения гемоконтактными инфекциями: ВИЧ, ВГВ, ВГС

Цель

- Соблюдение требований СанПиН 3.3686-21.
- Соблюдение требований приказа Минздрава России от 09.01.2018 № 1н.
- Обеспечение охраны здоровья и безопасности персонала, профилактика гемоконтактных инфекций (ВИЧ, ВГВ, ВГС).

Ответственность

- Ответственными лицами за организацию работы в отделениях являются заведующие отделений.
- Ответственными лицами за исполнение требований алгоритма являются работники отделений.

Действие медицинского работника при аварийной ситуации

1. Работнику провести экстренные меры личной профилактики:
 - В случае порезов, проколов – немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70% спиртом, смазать место прокола 5% спиртовым раствором йода, наложить повязку или заклеить рану бактерицидным пластырем.
 - При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы – место обработать 70% этиловым спиртом, промыть водой с мылом и повторно обработать 70% спиртом.
 - При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую рта – немедленно выплюньте попавшую в рот жидкость и прополощите, промыть большим количеством воды.
 - При попадании крови и других биологических жидкостей на слизистую глаз – их сразу же промывают проточной или питьевой водой. Не трите!!!

Желательно сесть, запрокинуть голову, и осторожно полить на глаза воду. Чтобы вода затекала под веки, осторожно оттяните их. Не снимайте контактные линзы на время промывания, после промывания – снимите линзы и обработайте раствором согласно инструкции.

– При попадании крови и других биологических жидкостей на слизистую носа – их сразу же промывают проточной водой.

– При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду, обувь – снять одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор в концентрации и с экспозицией дезинфицирующего раствора по вирусным инфекциям, обувь двукратно протереть дезинфицирующим средством или антисептиком.

2. Сообщить об аварии лицу, ответственному за профилактику профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией: руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю.

3. Произвести забор крови у источника аварийной ситуации для экспресс-тестирования на ВИЧ у пациента и методом ИФА.

4. Зарегистрировать аварию в «Журнале учета аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций» – проводит пострадавший медработник.

5. Оформить акт о медицинской аварии в учреждении в трех экземплярах. Акт заполнять разборчивым почерком. Акт подписывают: заведующий отделением (дежурный врач), старшая медицинская сестра (дежурная медсестра), свидетели.

6. Передать для исследования кровь пациента на ВИЧ, ВГВ, ВГС, пометив предварительно в направлении красной пастой «АС» в КДЛ.

В случае неизвестного статуса пациента или при наличии положительных тестов на ВИЧ у пациента работнику, пострадавшему в «аварийной ситуации, необходимо в течение первых 2-х часов, но не позднее 72 часов с момента возникновения аварийной ситуации обратиться для получения антиретровирусных препаратов и начать их прием по назначенной схеме

ТЕМА 2.4. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

Теоретическое занятие № 6. Проведение санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода

Т 2.4.1. Порядок проведения санитарной обработки пациента и гигиенического ухода за пациентом с недостаточностью самостоятельного ухода.

Тяжелобольными принято называть тех пациентов, у которых диагностированы значительные нарушения функций органов и систем организма, которые влекут за собой частичную либо полную неподвижность.

Патронажный уход за тяжелобольным человеком – настоящая наука, которая далеко не ограничивается простым набором действий «покормить, одеть, помыть».

Зачастую болезнь близкого человека застает нас врасплох, кардинально меняя всю жизнь. Подготовиться заранее к непростому испытанию очень трудно. Поэтому, оказываясь один на один с тяжелобольным родственником, многие не знают, что делать, впадают в панику. Вместе с тем неквалифицированный уход за прикованным к постели больным может спровоцировать ухудшение общего самочувствия, вызвать рецидив заболевания.

В домашних условиях ухаживать за тяжелобольным можно самостоятельно или воспользовавшись помощью специально обученной сиделки. С медицинской точки зрения уход за тяжелобольным, ведущим исключительно лежачий образ жизни, подразделяют на совокупность общих и специальных мер.

К стандартным мерам ухода, которые должна выполнять сиделка или ухаживающий родственник, можно отнести:

- помощь в выполнении каждодневных гигиенических процедур, естественных отпавлений;
- приготовление пищи больному согласно рекомендациям врача; помощь в употреблении пищи;
- организация и соблюдение распорядка дня;
- выполнение процедур для профилактики пролежней;
- лечение пролежней в случае их появления;
- контроль состояния больного, своевременное информирование лечащего доктора в случае ухудшения самочувствия;
- уборка помещения, смена постельного белья.

Специальный уход — совокупность терапевтических мер, подбираемых болеющему в зависимости от установленного медицинского заключения. Уход за такими больными должен быть грамотным и профессиональным.

К специальным мерам ухода относятся такие мероприятия:

- строгий контроль приема терапевтических препаратов;
- массаж, физиопроцедуры;
- помощь в выполнении лечебной гимнастики;
- проведение мероприятий для нормальной работы органов ЖКТ;
- соблюдение диетотерапии, питьевого режима;
- проведение психотерапевтических мероприятий, для поддержания эмоционального фона больного.

Особенности гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами

За кожей пациента придерживающегося постельного режима нужно ухаживать особенно тщательно. Кожа человека выполняет такие функции: защитную, аналитическую, регуляторную, выделительную. Через потовые каналы дермы выделяется вода, мочева кислота, мочевины, калий, прочие

вещества. В нормальном состоянии организм выделяет примерно 1 л пота в сутки. Больной, у которого наблюдается лихорадка, может выделять 10 и больше литров пота. После испарения пота на поверхности эпидермиса остаются продукты обмена, пагубно отражающиеся на состоянии кожи.

Участки эпидермиса, загрязненные потом и кожным салом, естественными испражнениями, начинают зудеть, краснеть. Это ведет к инфицированию кожи. В результате появляются опрелости, ранки, грибковые заболевания, пролежни. Проблемными местами на теле человека являются:

- подмышечные впадины;
- участки между пальцами рук, ног;
- складки в области интимных органов;
- участки под грудью у женщин;
- межъягодичное пространство.

Гигиенический уход за тяжелобольными пациентами включает комплекс таких мероприятий:

Уход за телом

Заботиться о теле больного нужно начиная с организации комфортного спального места. Для постели необходимо выбирать мягкое белье, без грубых швов. Важно следить, чтобы на лежащем месте не образовывались складки, не собирались крошки, другие посторонние предметы, травмирующие эпидермис. Необходимо следить, чтобы на матрасе не образовывались впадины. Для организации спального места лучше выбирать специальный противопролежневый матрас. Одеяло нужно выбирать в меру легкое и теплое. Как перегрев, так и переохлаждение, пагубно сказываются на здоровье прикованного к постели пациента.

Смену постельного и нательного белья нужно проводить по мере загрязнения. Если больной не может контролировать свои физиологические испражнения, необходимо использовать памперсы.

Влажную обработку тела выполняют 1 раз в сутки, гениталий – по мере необходимости. Для обмывания понадобится: тазик, теплая вода, мягкое полотенце/губка, жидкое мыло, камфорное масло. После обмывания тело необходимо вытереть насухо, обработать места подверженные образованию пролежней камфорным маслом, дать подсохнуть на свежем воздухе. Общий гигиенический уход за тяжелобольным выполняют несколько раз в сутки.

Гигиена полости рта

Чистить зубы нужно после пробуждения, перед сном. После употребления пищи рекомендуется ополаскивать рот дезинфицирующим раствором. Связано это с тем, что тяжелые заболевания, связанные с лихорадкой, становятся причиной ослабления организма. В результате этого во влажной среде полости рта начинают активно развиваться микробы, которые вызывают болезни полости рта. Это становится причиной дополнительного дискомфорта лежащего пациента.

Особенно тщательно нужно следить за зубными протезами. Они могут стать причиной развития во рту гингивита, кандидоза. Протезы необходимо тщательно мыть после употребления еды. Если наблюдается сухость рта, протезы нужно снимать на ночь и замачивать в слабом растворе натрия гипохлорита. Ночью протезы рекомендуется хранить в сухой чистой плотно закрывающейся посуде. Если пациент не способен самостоятельно провести гигиену рта, сиделка (ухаживающий человек) должна помочь почистить зубы, прополоскать рот. Чистку зубов зубной пастой можно заменить обработкой ротовой полости тампоном, увлажненным слабым раствором марганцовки. Не забывайте очищать язык, дёсны, губы.

Гигиена ушей

Уши необходимо периодически промывать теплой водой с очищающим средством на выбор. Важно следить, чтобы в слуховом проходе не осталась вода. Серу удобно удалять тампоном увлажненным раствором перекиси водорода/растительным маслом. Любые воспалительные процессы необходимо своевременно лечить.

Уход за носовыми ходами

Чистить нос необходимо по потребности больного. В случае наблюдения воспалительного процесса носовых ходов ежедневно. Жидкие выделения отсасывают специальной клизмой, трубками, другими подходящими устройствами. Сухие корочки, образующиеся на внутренних стенках носа, удобно удалять марлевым тампоном смоченным вазелином, растительным маслом на выбор. Помните выделения, собирающиеся в носу, затруднят дыхание, тем самым ухудшают самочувствие тяжелобольного.

Уход за глазами

Ухаживающий человек обязан должное внимание уделять уходу за глазами. Несвоевременное удаление выделений из уголков глаз может стать причиной развития инфекции, способной поразить глаз, нарушить зрение. Глаза и веки необходимо протирать марлевым тампоном, увлажненным теплой водой или дистиллированным раствором. Для каждого глаза берут отдельный тампон. После очистки глазного яблока от слизи, гноя, глаза можно закапать специальными каплями или смазать подходящей мазью.

Уход за волосами

Лежачему больному голову необходимо мыть каждые 4 – 6 дней. Несвоевременное мытье может стать причиной сухости, ломкости волос, появления перхоти. Чтобы гигиену головы сделать простой и комфортной, волосы больного необходимо коротко остричь. Помимо мытья головы волосы тяжелобольного нужно ежедневно расчесывать. Гребешок для расчесывания можно смачивать раствором уксуса, который хорошо удаляет пыль и перхоть. Помните, у больного должен быть свой личный гребешок. Его необходимо периодически мыть в растворе спирта или уксуса. Для мытья головы больного прикованного к постели целесообразно использовать тазик, клеенку, полотенце, фен.

Уход за ногтями

Лежащему больному необходимо коротко остригать ногти. Коротко остриженные ногти делают руки привлекательными. Помимо этого, исключают случайное расчесывание кожи, что ведет к формированию долго незаживающих ран. Ногти и инструменты, до и после стрижки стоит обработать дезинфицирующим средством. Для этого подходят медицинский спирт, одеколон, хлорамин.

Бритье лица

Регулярным компонентом туалета мужчин является бритье. Гладко выбритая кожа, позволяет чувствовать себя аккуратным и ухоженным, создает приятный эмоциональный фон. Для бритья лучше всего использовать электрическую бритву. Кожу после процедуры в обязательном случае нужно обработать подходящим косметическим средством.

Перечень необходимых ежедневных ухаживающих действий

Выбор комплекса, периодичности выполнения гигиенических процедур зависит от состояния тяжелобольного. Очень важно понять, какие действия больной в состоянии производить самостоятельно, чтобы не утратить те навыки, которые еще имеются. Каждое утро ухаживающий человек должен:

- разбудить больного;
- помочь справиться естественную нужду;
- подмыть гениталии, в случае необходимости сменить памперс;
- провести гигиенические процедуры — выполнить туалет глаз, носа, рта, ушей;
- протереть подмышечные впадины, места под грудью у женщин;
- причесать волосы;
- поправить постель, пижаму;
- выполнить профилактику пролежней;
- измерить физиологические показатели;
- покормить пациента;
- помочь принять лекарства;
- выполнить индивидуальные рекомендации врача.

Тщательный гигиенический уход — комфорт и благополучие лежащего больного.

Практическое занятие № 6. Смена нательного и постельного белья.

Т 2.4.2. Алгоритм смены нательного и постельного белья пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Устройство и основное предназначение функциональной кровати

Медсестра должна постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было функциональным (улучшало функцию того или иного органа или системы) и удобным.

Для этой цели лучше всего пользоваться функциональной кроватью, состоящей из трех подвижных секций. С помощью ручек, расположенных в ножном конце кровати или сбоку, можно поднимать головной конец (вплоть

до сидячего положения), поднимать ножной конец, можно согнуть ноги в коленях. Возвышенное положение головного конца можно создать также с помощью подголовника или нескольких подушек. Создать возвышенное положение ножного конца можно с помощью подушки или валика, подложенного под голени.

В настоящее время имеются весьма современные кровати, легкие для передвижения, предусматривающие специально вмонтированные в нее прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения подкладных суден и мочеприемников.

Основное предназначение функциональной кровати - возможность придать пациенту наиболее удобное и функциональное положение в зависимости от его заболевания и состояния.

Прежде, чем приступать к выполнению любой манипуляции по личной гигиене:

1. Приготовьте необходимое оснащение.
2. Сообщите пациенту цель и ход ее выполнения.
3. Получите согласие пациента на выполнение манипуляции.
4. Поинтересуйтесь, не желает ли пациент, чтобы его отгородили ширмой.
5. По ходу выполнения манипуляции следите за состоянием пациента.
6. Узнайте у пациента о его самочувствии по окончании манипуляции.
7. Если состояние пациента ухудшилось, прекратите выполнение манипуляции. Срочно вызовите врача! До прихода врача окажите пациенту доврачебную помощь.

Смена белья у тяжелобольного пациента

Оснащение: чистое белье, непромокаемый (лучше клеенчатый) мешок для грязного белья, перчатки.

Смена нательного белья

Алгоритм действия

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
3. Осторожно скатайте грязную рубашку до затылка.
1. Приподнимите обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку переведите через голову пациента.
2. Затем снимите рукава. Если у пациента повреждена рука, то рубашку сначала снимите со здоровой руки, а затем с больной.
4. Положите грязную рубашку в клеенчатый мешок.
3. 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.
5. Снимите перчатки, вымойте руки.

Смена белья у пациента производится не реже 1 раза в 7-10 дней, у тяжелобольного пациента - по мере загрязнения. Для смены белья у тяжелобольного пациента необходимо пригласить 1-2 помощников.

Смена постельного белья

Сменить постельное белье тяжелобольному пациенту можно двумя способами I способ - применяют в том случае, если пациенту разрешено поворачиваться в постели.

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Чистую простыню скатайте по длине до половины.
3. Раскройте пациента, приподнимите его голову и уберите подушку.
4. Подвиньте пациента к краю кровати и осторожно поверните его на бок.
5. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту.
6. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню.
7. Осторожно поверните пациента на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
8. С освободившейся части уберите грязную простыню и положите ее в клеенчатый мешок.
9. Расправьте на освободившейся части чистую простыню, края которой подверните под матрац.
10. Пациента положите на спину.
11. Под голову положите подушку, при необходимости предварительно сменив на ней наволочку.
12. При загрязнении смените пододеяльник, укройте пациента.
13. Снимите перчатки, вымойте руки.

II способ - применяют в тех случаях, когда пациенту запрещены активные движения в постели.

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Чистую простыню полностью скатайте в поперечном направлении.
3. Раскройте пациента, осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушку.
4. Быстро скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы, а на освободившуюся часть расстелите чистую простыню.
5. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее пациента.
6. Приподнимите таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая на освободившемся месте расправлять чистую. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.
7. Грязную простыню положите в клеенчатый мешок.
8. Укройте пациента.
9. Снимите перчатки, вымойте руки.

Правила сбора и транспортировки грязного белья

В отделении должен быть запас чистого белья на сутки. Ни в коем случае нельзя сушить мокрое белье на радиаторах центрального отопления и снова давать пациенту, а также бросать грязное белье при перестилании на пол.

Грязное мокрое белье собирают в непромокаемые мешки и немедленно выносят из палаты в санитарную комнату (или другое отдельное помещение). По мере накопления грязного белья, но не реже 1 раза в день, его сортируют и доставляют в прачечную. Обычно этим занимается в отделении сестра-хозяйка

Т 2.4.3. Получение комплектов чистого нательного белья, одежды и обуви.

Требования к постельному белью. Приготовление постели пациента

В связи с тем, что пациент большую часть времени находится в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной. Сетка кровати - хорошо натянутой, с ровной поверхностью. Поверх сетки кладут матрац без бугров и впадин.

Для пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, на матрац по всей ширине (под таз пациента) кладут клеенку и хорошо подгибают ее края для предупреждения загрязнения постели.

Для удобства можно обшить матрац клеенкой. Сейчас выпускаются матрацы, помещенные в клеенчатый чехол. Они легко дезинфицируются и удобны в применении для тяжелобольных пациентов. Сверху на матрац кладут чистую простыню. Края простыни подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Тяжелобольному пациенту можно положить на простыню клеенку, (если ее нет на матраце), накрыв ее пеленкой или другой простыней, сложенной вдвое. В головной конец кладут подушку в наволочке (одну или две). Пациенту дают одеяло с пододеяльником, лучше всего байковое или шерстяное (в зависимости от времени года). Простыни и наволочки на постелях тяжелобольных пациентов не должны иметь швов, рубцов, застежек на стороне, обращенной к пациенту.

Постельное белье должно быть всегда сухим и чистым. Это одно из условий, предотвращающих появление пролежней.

ТЕМА 2.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ И ПРЕДМЕТОВ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

Теоретическое занятие № 7. Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом

Т 2.5.1. Правила использования и хранения предметов ухода за пациентом.

Намного легче осуществлять уход за людьми с ограниченными физическими возможностями, если есть всевозможные приспособления, облегчающие многие процедуры и процессы.

Виды технических средств

Все приспособления для ухода за лежачими больными можно разделить на несколько основных групп: кровати и матрасы, оборудование для санузлов, кресла-коляски, для передвижения (коляски, ходунки, трости и т. д.).

Наиболее популярные средства:

- Медицинские кровати со специальными матрасами. Они нужны, чтобы избежать пролежней. Такие матрасы состоят из нескольких секций, воздух в которых время от времени перемещается – это позволяет снизить вероятность образования пролежней за счет постоянного движения потоков крови. Крайние части таких кроватей можно поднимать на время кормления, зачастую конструкция оснащена пневматическим механизмом, предназначенным для изменения высоты ложа.
- Оборудование для санузла. Сюда относят специальные стулья: для установки на унитаз или в ванную, поручни, иные аксессуары. Они существенно облегчают проведение гигиенических процедур. Силиконовые коврики, поручни помогут повысить уровень безопасности и избежать травм.
- Опорные трости – они отличаются от обычных конструкцией, иногда – основанием, которое может содержать три ножки (иногда больше) с резиновыми накладками, они намного устойчивее.
- Коляски для инвалидов. Простые модели оснащены ручным приводом, более дорогие едут за счет электроэнергии.
- Кресла стулья для отправления естественных потребностей – их сиденье содержит отверстие, под которым располагается приемник мочи и кала. Это средство разработано для больных, которые не способны контролировать физиологические потребности.

Это основные приспособления, которые могут понадобиться для ухода за тяжелобольным пациентом. Также может возникнуть потребность в таких средствах, как подгузники, белье с абсорбирующим эффектом и др.

Фирмы (Seni, Hartmann и другие) предоставляют серию средств по уходу за кожей, которые можно обычно разделить на три группы: защитные средства, очищающие средства, питательные бальзамы, кремы и лосьоны. Защитные средств используются при риске появления опрелостей, для защиты от действия раздражающих факторов и часто содержат в своем составе оксид цинка, обладающий подсушивающим и бактерицидным действием.

Защитные кремы нужно использовать при покраснениях кожи (чаще в зоне подгузника, кожных складках и ног, у женщин под грудью), при намокающих покраснениях (но без повреждения кожного покрова). При намокании – брать крем с цинком, при сухой коже – без цинка. Мазать нужно

немного, зону покраснения, и следить за динамикой. Когда покраснение пройдет – можно снова перейти на обычный увлажняющий крем».

Питательные средства применяются для питания и увлажнения проблемной сухой кожи, восстановления и поддержания ее эластичности. Питательный крем вовсе не обязательно должен быть специальным «для лежачих пожилых», это может быть и обычный крем.

Для больных с высоким риском образования пролежней рекомендуется приобретение специальных противопролежневых матрасов. Назначение противопролежневых матрасов – равномерное распределение давления на разные участки тела. Гораздо лучше они справляются со своей задачей, если начать их использовать до начала образования пролежней, чем когда они уже возникли. Сами по себе матрасы пролежни не вылечивают. Противопролежневый матрас кладут поверх обычного, а не непосредственно на кровать.

Т 2.5.2. Методы пособия при физиологических отправлениях пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода.

Применение суден и мочеприемников

Тяжелобольным, контролирующим физиологические отправления, при строгом постельном режиме для опорожнения кишечника в постель подают судно, а при мочеиспускании — мочеприемник (женщины и при мочеиспускании чаще пользуются судном). Судно может быть металлическим с эмалевым покрытием или резиновым.

Оказывая пациенту помощь при физиологических отправлениях, нужно придерживаться основных принципов ухода:

- обеспечить уединенность во время мочеиспускания и дефекации;
- не торопите, но и не оставляйте человека надолго одного на судне — это небезопасно;
- поощряйте быть максимально независимым при физиологических отправлениях;
- обеспечьте ему возможность вымыть руки, а при необходимости промежность (если пациент этого не может, сделайте за него).

Начиная перемещение пациента для подачи судна, нужно перевести кровать в горизонтальное положение, так как перемещать набок пациента, находящегося в положении Фаулера, небезопасно для позвоночника.

Т 2.5.3. Правила информирования об изменениях в состоянии пациента.

Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими

непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Практическое занятие № 7. Использование средств и предметов ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом

Т 2.5.4. Использование средств и предметов ухода при санитарной обработке и гигиеническом уходе за пациентом.

Алгоритм выполнения санитарной обработки (частичная обработка)

1. Осмотр тела больного на предмет выявления чесотки, педикулеза и признаков инфекции.
2. После осмотра на титульном листе медицинской карты производится соответствующая запись.
3. Медицинский работник решает с врачом вопрос о необходимости проведения санитарной обработки и ее объеме; При необходимости пациенту остригаются ногти. Ногти стригутся обеззараженными ножницами так, чтобы не травмировать кожу.
4. При нанесении пореза рана обрабатывается антисептиком. Если у человека многослойные ногти, перед обработкой их следует распарить в теплой воде.
5. В случае необходимости, помочь пациенту раздеться.
6. Одежда складывается в чистый отдельный мешок, на отданные вещи заполняется 2 квитанции с описью содержимого мешка.

7. Одна квитанция сдается на склад с вещами пациента, вторая – вклеивается в медкарту больного. Пациенту для мытья выдается мыло и прокипяченная мочалка. Наполняется ванна: сначала холодной, потом горячей водой. Нельзя допускать накопления пара в помещении. Слабых пациентов сопровождать в ванную комнату, придерживать их при опускании в воду и выходе из нее. Помочь больному помыться, если он не в состоянии сделать это сам. Сначала моется голова, потом – туловище, затем – ноги. Во время мытья все время ориентироваться на состояние человека. После окончания мытья вытереть кожу больного сухим чистым полотенцем.

Т 2.5.5. Оказание пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях.

Подача судна пациенту

Оснащение: судно, клеенка, ширма, перчатки.

Алгоритм действия:

1. Наденьте перчатки.
2. Отгородите пациента ширмой.
3. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды.
4. Левую руку подведите под крестец сбоку, помогая пациенту приподнять таз. При этом ноги у пациента должны быть согнуты в коленях.
5. Подложите под таз пациента клеенку.
6. Правой рукой подведите судно под ягодицы пациента, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
7. Прикройте пациента одеялом и оставьте на некоторое время его одного.
8. По окончании дефекации правой рукой извлеките судно, помогая при этом левой рукой пациенту приподнять таз.
9. Осмотрев содержимое судна, вылейте его в унитаз, судно ополосните горячей водой. При наличии патологических примесей (слизи, крови и так далее), оставьте содержимое судна до осмотра врачом.
10. Подмойте пациента, сменив предварительно перчатки и поставив чистое судно.
11. После выполнения манипуляции уберите судно и клеенку.
12. Судно продезинфицируйте.
13. Накройте судно клеенкой и поставьте на скамеечку под кровать пациента или поместите в специально выдвигающееся устройство функциональной кровати.
14. Уберите ширму.
15. Снимите перчатки, вымойте руки.

Иногда описанный выше метод подачи судна использовать невозможно, так как некоторые тяжелобольные пациенты не могут приподниматься. В данной ситуации можно поступить следующим образом.

Алгоритм действия:

1. Наденьте перчатки.

2. Отгородите пациента ширмой.
3. Поверните пациента слегка набок, при этом ноги у пациента согнуты в коленях.
4. Подведите судно под ягодицы пациента.
5. Поверните пациента на спину так, чтобы его промежность оказалась над отверстием судна.
6. Укройте пациента и оставьте его на некоторое время одного.
7. По окончании дефекации поверните пациента слегка набок.
8. Уберите судно.
9. Осмотрев содержимое судна, вылейте его в унитаз. Ополосните судно горячей водой.
10. Сменив перчатки и подставив чистое судно, подмойте пациента.
11. После выполнения манипуляции уберите судно и клеенку.
12. Проздезинфицируйте судно.
13. Уберите ширму.
14. Снимите перчатки, вымойте руки.

Кроме эмалированного судна, широко используют и резиновое. Резиновое судно применяют для ослабленных пациентов, при наличии пролежней, при недержании мочи и кала. Не следует туго надувать судно, так как оно будет оказывать значительное давление на крестец.

Надувной валик резинового судна (то есть, та часть судна, которая будет соприкасаться с пациентом) необходимо покрыть пленкой. Мужчинам одновременно с судном подают и мочеприемник.

Применение мочеприемника

Для опорожнения мочевого пузыря пациентам подают мочеприемники. Мочеприемники для мужчин и женщин различаются по устройству воронки. У мужского мочеприемника имеется направленная кверху труба, у женского в конце трубы воронка с отогнутыми краями, расположенная более горизонтально. Но женщины при мочеиспускании чаще пользуются судном.

Прежде чем подать пациенту мочеприемник, следует ополоснуть его теплой водой. Содержимое мочеприемника выливают и ополаскивают его теплой водой.

Для удаления резкого аммиачного запаха мочи мочеприемники ополаскивают слабым раствором хлористоводородной кислоты или перманганата калия.

При недержании мочи применяют постоянные резиновые мочеприемники, которые крепятся с помощью тесемок к телу пациента. После применения мочеприемники необходимо дезинфицировать.

Пациентам, находящимся на постельном, строгом постельном и палатном режимах, выделяют индивидуальные судна и мочеприемники.

Не все пациенты могут свободно помочиться или опорожнить кишечник в постели. Чтобы помочь пациенту, необходимо:

1. Попросить всех, кто может, выйти из палаты, оставив пациента одного на некоторое время.
2. Отгородить пациента ширмой.

3. Подавать пациенту только теплые судно и мочеприемник.
4. Придать пациенту, если нет противопоказаний, более удобное для мочеиспускания и дефекации положение с помощью функциональной кровати или других приспособлений (сидячее или полусидячее).
5. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой. Звук льющейся воды рефлекторно вызывает мочеиспускание.

Уход за наружными половыми органами и промежностью

Тяжелобольных пациентов следует подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а также несколько раз в день при недержании мочи и кала.

Оснащение: перчатки, клеенка, ширма, судно, корнцанг, ватные тампоны, марлевые салфетки, кувшин или кружка Эсмарха, лоток, водный термометр, растворы антисептика (раствор фурацилина 1:5000, слаборозовый перманганата калия).

Алгоритм действия

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Отгородите пациента ширмой.
1. Уложите пациента на спину, ноги у него должны быть согнуты в коленях и разведены.
3. Постелите под пациента клеенку и поставьте судно.
2. Возьмите в правую руку корнцанг с салфеткой или ватным тампоном, а в левую руку кувшин с теплым раствором антисептика (слаборозовым раствором марганцовокислого калия или раствором фурацилина 1:5000) или водой при температуре 30-35°C. Вместо кувшина можно использовать кружку Эсмарха с резиновой трубкой, зажимом и наконечником.
3. 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 в той же последовательности: сухим тампоном или салфеткой.
 8. Уберите судно, клеенку и ширму.
 9. Снимите перчатки, вымойте руки.

При уходе за наружными половыми органами и промежностью особое внимание необходимо обращать на естественные складки. Женщин подмывают только сверху вниз!

Практическое занятие № 8. Проведение санитарной обработки, гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами

Т 2.5.6. Проведение санитарной обработки, гигиенического ухода за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта)

Педикулез – паразитарное заболевание кожи и волос, вызываемое вшами или их яйцами (гнидами). Педикулез эпидемически опасен, т.к. вши являются переносчиками инфекционных заболеваний (сыпной, возвратный тиф).

Вши бывают:

- головные – паразитируют на волосистой части головы,
- лобковые (площицы) – паразитируют на волосистой части лобка,
- платяные – паразитируют в складках одежды.

Вши передаются прямым контактным путем от человека при непосредственном контакте, либо косвенным контактным путем через вещи и одежду.

Симптомы педикулеза:

- наличие вшей и гнид в волосистой части головы, лобка, складках одежды;
- кожный зуд;
- мелкие серовато-голубоватые пятна на коже (меланодермия);
- расчёсы (эксориации);
- колтун (склеенные пучки волос);
- гнойничковые заболевания кожи в результате инфицирования расчёсов.

Для проверки наличия вшей следует внимательно осмотреть височную и затылочную области волосистой части головы, расчесать голову над светлой тканью.

При обнаружении педикулеза медицинская сестра проводит обработку пациента и дезинсекцию – уничтожение вредных насекомых, переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний. Мероприятия по дезинсекции при педикулезе в соответствии с нормативными документами (Приказ МЗ РФ № 342 от 26.11.1998 «Об усилении мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом»).

Педикулицидные средства:

Название	Форма	Назначение
Авирон	таблетка	головной, лобковый педикулез
Валитен	лосьон	головной педикулез
Гринцид	лосьон	головной, лобковый педикулез
Инсекто-Еста	раствор	головной, лобковый педикулез
Ланцид	лосьон	головной, лобковый педикулез
Медифокс (супер)	лосьон	головной, лобковый, платяной педикулез
Нитилон	лосьон	головной педикулез
Ниттифор	лосьон	головной педикулез
Опафокс	таблетки, капсулы	головной педикулез

Педилин	лосьон	головной, лобковый педикулез
Перфолон	лосьон	головной, лобковый педикулез
Сифакс	шампунь	головной педикулез
Сумитрин	шампунь	головной педикулез
Флорицид	лосьон	головной, лобковый педикулез

Для лечения педикулеза необходим комплексный подход, который уничтожит как гнид (яйца), так и взрослых особей. Способы борьбы отличаются для различных видов вшей.

Для избавления от площади (лобковой вши) можно применить следующий способ:

- сбрить все волосы там, где это возможно (на лобке, подмышках), тело обработать инсектицидом,
- с ресниц и бровей удалить вручную.

При обнаружении головных вшей:

1. Приготовить защитную одежду, металлический поддон, клеенку и шапочку, инсектицид, корнцанг, ватный тампон раствор уксусной кислоты 6%, расческа с частыми зубцами, дезинсекант, водонепроницаемый мешок.
2. Надеть на себя дополнительный халат и косынку, перчатки.
3. Усадить пациента на кушетку, покрыв ее клеенкой или на стул, поставив его в металлический поддон.
4. Покрыть плечи пациента клеенкой.
5. При помощи ватного тампона обработать волосы пациента инсектицидным средством.
6. Покрыть волосы шапочкой (экспозиция – в соответствии с инструкцией).
7. Промыть волосы теплой водой.
8. Ополоснуть волосы раствором уксуса.
9. Вычесать волосы расческой.
10. Белье пациента и защитную одежду медицинской сестры поместить в водонепроницаемый мешок, предметы ухода и помещение подвергнуть дезинсекции.
11. На титульном листе истории болезни в верхнем правом углу красным цветом написать литеру «Р» (pediculosis) – через 7 дней палатная медсестра лечебного отделения должна провести контрольный осмотр. Заполнить экстренное извещение в СЭС, внести запись в Журнал экстренных извещений, направить телефонограмму в СЭС.

После осмотра на педикулез и проведенной при необходимости дезинсекции, медицинская сестра помогает пациенту раздеться и проводит его в ванную комнату для принятия гигиенической ванны или душа.

Ванная комната должна быть оборудована решеткой или пластиковым ковриком, моющими средствами, одноразовыми мочалками или варежками для мытья пациента, полотенцем, стулом, кушеткой.

Медицинская сестра заполняет ванну на 1/2 - 2/3 водой температурой 36-37°C, помогает пациенту поместиться в ванну, под ноги ставит упор.

Если пациенту показан душ, то медицинская сестра помогает пациенту войти в душевую кабину. Температура воды 37-38° С.

Мытье пациента осуществляется сверху вниз (голова, туловище, промежность, ноги).

При необходимости проводится стрижка ногтей и бритье.

Если состояние пациента позволяет самостоятельно осуществить обработку, медицинская сестра не оставляет его, а наблюдает за состоянием. Любое изменение в самочувствии пациента (головокружение, учащение сердцебиения, побледнение или покраснение кожных покровов, появление болей) требует немедленного прекращения санитарной обработки, вызова врача и оказания медицинской помощи.

По окончании процедуры медицинская сестра помогает пациенту выйти из ванны, вытереться, провожает его в помещение для одевания в чистое белье.

Умывание пациента

Пациентам, находящимся на постельном режиме, медсестра оказывает помощь при утреннем туалете.

Оснащение: клеенка, таз, кувшин, мыло, полотенце, теплая вода.

Алгоритм действия:

1. Поставьте таз на стул рядом с кроватью.
2. Поверните пациента на бок или усадите его на край кровати, если нет противопоказаний.
3. На край кровати или на колени пациента (если он сидит) постелите клеенку.
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. Подайте пациенту полотенце.
7. Уберите таз, клеенку, полотенце.
8. Уложите удобно пациента в кровать.

ПОМНИТЕ! Необходимо предоставить пациенту возможность самостоятельно выполнять посильные 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: таз, рукавичка или губка, полотенце, перчатки, теплая вода.

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Смочите рукавичку или губку в теплой воде, налитой в таз (можно воспользоваться концом полотенца).
3. Умойте пациента (последовательно - лицо, шею, руки с помощью губки или рукавички).

4. Высушите кожу полотенцем.
5. Снимите перчатки, вымойте руки.

Обтирание кожи

Пациенты, находящиеся на общем режиме, если нет противопоказаний, принимают ванну или душ не реже 1 раза 7-10 дней.

Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно, не менее 2 раз, обтирать.

Оснащение: перчатки, таз с теплой водой, рукавичка или ватный тампон, полотенце.

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Смочите рукавичку или ватный тампон (можно воспользоваться концом полотенца) в теплой воде.
3. Оботрите последовательно грудь и живот пациента.
4. Затем насухо промокните кожу полотенцем. Особенно тщательно протрите и высушите складки кожи под молочными железами у женщин (особенно у тучных), подмышечные впадины.
5. Поверните пациента на бок и оботрите спину, делая при этом легкий массаж. Затем высушите.
6. Уложите удобно пациента, накройте одеялом.
7. Снимите перчатки, вымойте руки.

Особенно тщательного ухода требуют естественные складки кожи и места возможного образования пролежней.

Удаление слизи и корочек из носовой полости

Большинство пациентов во время утреннего туалета самостоятельно осуществляют уход за носовой полостью. Тяжелобольным пациентам, которые не в состоянии самостоятельно следить за гигиеной носа, необходимо ежедневно освобождать носовые ходы от выделений и образующихся корочек, которые мешают свободному дыханию через нос.

Оснащение: перчатки, 2 лотка, ватные турунды, вазелиновое масло (или растительное масло, или глицерин).

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. В положении лежа или сидя (в зависимости от состояния пациента) слегка наклоните голову пациента.
3. Смочите ватные турунды вазелиновым или растительным маслом, или глицерином.
4. Введите вращательным движением турунду в носовой ход и оставьте там на 2-3 минуты.
5. Затем удалите турунду и манипуляцию повторите.
6. Снимите перчатки и вымойте руки.

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.

Протирание глаз

При появлении выделений из глаз, склеивании ресниц и век во время утреннего туалета необходимо промывать глаза.

Оснащение: стерильные перчатки, 2 лотка (один стерильный), стерильные ватные шарики, раствор антисептика (раствор фурацилина 1:5000, 2% раствор соды, 0,5% раствор марганцовокислого калия), пинцет.

Алгоритм действий:

1. Тщательно вымойте руки, наденьте стерильные перчатки.
2. В стерильный лоток положите 8-10 стерильных шариков и смочите их раствором антисептика (фурацилина 1:5000, 2% раствор соды, 0,5% раствором марганцовокислого калия) или кипяченой водой.
3. Слегка отожмите тампон и протрите им ресницы по направлению от наружного угла глаза к внутреннему.
4. Протирание повторите 4-5 раз (разными тампонами!).
5. Остатки раствора промокните сухими тампонами.
6. Снимите перчатки, вымойте руки.

Очищение наружного слухового прохода

Пациенты на общем режиме во время ежедневного утреннего туалета самостоятельно моют уши.

Пациентам на постельном режиме следует периодически проводить туалет наружных слуховых проходов.

Оснащение: перчатки, 3% раствор перекиси водорода, пипетка, ватные турунды, 2 лотка.

Алгоритм действия:

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Усадите пациента, если нет противопоказаний, наклоните голову к противоположному плечу или в положении лежа поверните голову набок.
3. Оттянув ушную раковину назад и вверх, закапайте в ухо пациента несколько капель теплого 3% раствора перекиси водорода.
4. Вращательными движениями введите ватную турунду в наружный слуховой проход. Ухо при этом также оттянуто назад и вверх.
5. Сменив турунду, повторить несколько раз манипуляцию.
6. Те же действия повторить с другим наружным слуховым проходом.
7. Снимите перчатки, вымойте руки.

Нельзя пользоваться для удаления серы из ушей жесткими предметами во избежание повреждения барабанной перепонки.

Уход за ротовой полостью

Оснащение: 2 шпателя, стерильные ватные шарики, зажим или пинцет, два лотка, растворы антисептиков (раствор фурацилина 1:5000, 2% раствор соды, 0,5% раствор перманганата калия), перчатки, клеенка, полотенце, вазелин, стерильные салфетки

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. На грудь и шею пациента положите полотенце или клеенку.
3. Попросите пациента широко открыть рот и

высунуть язык.

4.Стерильным ватным шариком на стерильном зажиме или в пинцете, смоченным раствором антисептика, осторожно снимите налет с языка, меняя при этом шарики.

5.Стерильными ватными шариками, смоченными раствором антисептика, тщательно протрите зубы с внутренней и наружной стороны, используя для обнажения зубов шпатель.

6.После окончания процедуры предложите пациенту прополоскать рот.

7.Высушите кожу вокруг рта полотенцем.

8.Нанесите шпателем на стерильную салфетку вазелин (можно использовать детский крем)

9.Обработайте губы пациента вазелином (или кремом).

10.Снимите перчатки, вымойте руки.

Если пациент, находящийся на постельном режиме, может сам почистить зубы, окажите помощь ему в этом. Обеспечьте его всем необходимым и придайте удобное положение в постели.

Полоскание ротовой полости необходимо производить после каждого приема пищи, зубы чистить не реже 2-х раз в день (утром и вечером).

Обработку слизистой ротовой полости и зубов тяжелобольным пациентам проводят также 2 раза в день.

ТЕМА 2.6. ТРАНСПОРТИРОВКА И ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЦИПОВ ЭРГОНОМИКИ

Теоретическое занятие № 8. Транспортировка и перемещение пациента с использованием принципов эргономики

Т 2.6.1. Условия безопасной транспортировки и перемещения пациента с использованием принципов эргономики.

Эргономика – это наука, помогающая эффективно совершать работу с минимальной затратой энергии и без вреда для здоровья.

Чтобы уменьшить отрицательное влияние на пациента ограниченного режима двигательной активности, а также снизить риск возможных травм у медсестры, которая осуществляет уход за таким пациентом, ей необходимо знать и соблюдать целый ряд правил.

Познакомимся с теми из них, которые помогут предотвратить повреждения органов и тканей при осуществлении различных перемещений тяжелобольного человека. Многие из них основаны на законах биомеханики.

БИОМЕХАНИКА - наука, изучающая законы механического движения в живых системах.

В самом широком смысле к живым системам в биомеханике относятся:

- целостные системы, например - человек;
- его органы и ткани;
- объединения организмов, то есть совершающая совместные действия группа людей.

Все движения человека осуществляются в полном соответствии с законами физики, но биомеханика много сложнее, чем механика неживых тел.

Движения человека обеспечиваются совместной работой скелета, мышц, вестибулярного аппарата и нервной системы.

БИОМЕХАНИКА В МЕДИЦИНЕ изучает координацию усилий костно-мышечной, нервной системы и вестибулярного аппарата, направленных на поддержку равновесия и обеспечения наиболее физиологического положения тела в покое и при движении: ходьбе, подъемах тяжестей, наклонах, в положении сидя, стоя, лежа, а также при выполнении повседневных жизненных функций.

Сохранить вертикальное положение тела в пространстве человек может только сохранив равновесие. Начиная ходить ребенок часто падает, так как только учится сохранять равновесие при ходьбе. Позднее он будет сохранять его и при выполнении многих более сложных движений.

Медсестра, осуществляющая уход за тяжелобольными пациентами, должна уметь сохранить равновесие собственного тела и тела пациента, чтобы избежать падений и травм, а также уберечь позвоночник от неправильной или чрезмерной нагрузки.

Т 2.6.2. Здоровьесберегающие технологии при перемещении пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

Одно из важных условий, обеспечивающих устойчивое равновесие тела - определенное отношение центра тяжести тела к площади опоры.

Площадь опоры человека в положении "стоя" ограничена ступнями его ног. Центр тяжести в таком положении находится примерно на уровне второго крестцового позвонка.

Если центр тяжести твердого тела - фиксированная точка, то у человека центр тяжести смещается при изменениях позы, и может в некоторых случаях выйти за пределы площади опоры. Это грозит падением.

Правило первое:

Устойчивое равновесие тела - возможно только тогда, когда центр тяжести при любом изменении положения тела будет проецироваться на площадь опоры.

Правило второе:

Равновесие станет более устойчивым, если увеличить площадь опоры. Стоя площадь опоры может легко быть расширена разведением стоп в удобном положении: расстояние между стопами около 30 см, одна стопа немного выдвинута вперед.

Правило третье:

Равновесие более устойчиво, когда центр тяжести смещается ближе к площади опоры. Это достигается небольшим сгибанием ног в коленях, приседанием. (Не наклоняйтесь вперед! Встаньте как можно ближе к человеку или грузу, который Вам предстоит поднять).

Правило четвертое:

Сохранить равновесие тела и снизить нагрузку на позвоночник поможет правильная ОСАНКА, то есть наиболее физиологичные изгибы позвоночного столба, положение плечевого пояса и состояние суставов нижних конечностей:

- плечи и бедра в одной плоскости,
- спина прямая,
- суставы и мышцы нижних конечностей выполняют максимальную работу при движении, щадя позвоночник и мышцы спины.

Правило пятое:

Поворот всего тела, а не только плечевого пояса, предотвратит опасность нефизиологичного смещения позвоночника, особенно в случаях, когда это движение сопровождается подъемом тяжести. Избегайте резких движений!

Правило шестое:

Требуется меньшая мышечная работа и нагрузка на позвоночник, если подъем тяжести заменить перекачиванием, поворотом ее там, где это возможно.

Кроме выполнения перечисленных правил биомеханики, необходимо также избегать натуживаний на высоте вдоха. В этот момент у человека возможны тяжелые нарушения в сердечно-сосудистой системе: расстройство ритма работы сердца, ухудшение кровоснабжения сердечной мышцы (эффект Вальсальвы).

При этом появляются "шум в ушах", головокружение, слабость, возможна даже потеря сознания. Похожее состояние бывает у некоторых пациентов и при быстром изменении положения тела (постуральный рефлекс).

При перемещении пациента с ограниченной двигательной активностью, необходимо соблюдать следующие правила:

- 1) Объясните пациенту цель и ход предстоящего перемещения. Оцените возможную степень его участия в предстоящей манипуляции. Объясните, каких действий Вы ожидаете от пациента во время ее выполнения.
- 2) Пациента легче и безопаснее "перекатить", чем переместить, приподнимая его над поверхностью кровати.
- 3) Когда медсестра поворачивает, передвигает, перекладывает пациента в постели, трение должно быть предельно исключено.
- 4) Большая площадь поверхности тела при перемещениях подвергается наибольшему трению. Чтобы снизить трение, необходимо уменьшить перемещаемую площадь. Это достигается в том случае, если руки пациента будут на шее или талии медсестры, либо сложены на груди. Если возможно, медсестре лучше воспользоваться помощью пациента: приподнимаясь над поверхностью постели с опорой на локти и пятки, с помощью медсестры пациент достигнет необходимого положения с наименьшим риском травм мягких тканей.

5) Чем меньше трение между телом пациента и постелью, тем меньше усилий потребуется медсестре для выполнения перемещения: это предотвратит травмы позвоночника у медсестры.

6) Если пациент не в состоянии Вам помочь осуществить необходимое перемещение, обратитесь за помощью к коллеге. Вдвоем или втроем осуществить манипуляцию значительно удобнее и безопаснее. Заранее обсудите с коллегой и пациентом план совместных действий.

Избежать образования пролежней и некоторых других проблем (контрактур суставов, гипотрофии мышц, образования камней в почках и др.) у обездвиженного пациента позволяют частые перекалывания его в различные положения в постели. Эти перемещения осуществляют с учетом правил биомеханики тела каждые 2 часа.

Чтобы придать пациенту удобное, физиологичное положение, предотвратить сдавление тканей, контрактуры суставов и растяжение связок, необходимы функциональная кровать с противопролежневым матрасом и специальные приспособления. К ним относятся: достаточное количество подушек подходящего размера, валики из простыней, пеленок и одеял, специальные подставки для стоп, предотвращающие подошвенное сгибание.

В настоящее время различными фирмами по производству медицинского оборудования выпускаются различные виды такого оборудования: матрасы, противопролежневые прокладки, подставки и подушки из современных природных и синтетических материалов, особенно удобные в применении.

Существуют следующие положения пациента в постели:

- 1) Положение Фаулера (полулежачее и полусидя): с приподнятым под углом 45-60 градусов изголовьем кровати.
- 2) Положение "на спине".
- 3) Положение "на животе".
- 4) Положение "на боку".
- 5) Положение Симса (промежуточное между положением "лежа на боку" и "лежа на животе").

Т 2.6.3. Использование специальных средств для размещения и перемещения пациента в постели с применением принципов эргономики.

При повседневном уходе больного нужно часто передвигать, поворачивать, приподнимать для кормления, пересаживать в кресло, перемещать для смены постельного и нательного белья и т.п.

Чтобы ухаживающий человек избегал при этом чрезмерных нагрузок, а перемещение было безопасным для больного, необходимо владеть техникой правильного перемещения.

Если состояние больного позволяет, то его участие в процессе правильного перемещения позволяет ему восстанавливать навыки управления своим телом.

Общие правила безопасного перемещения

1. Вокруг кровати и кресла должно быть достаточно свободного места; на кровати должно быть достаточно места для поворота.

2. Тормоза кровати или кресла (при их наличии) должны быть исправны и включены; загородки и бортики кровати, подлокотники кресла (если они есть) должны быть опущены.
3. Кресло должно стоять под углом 90° к кровати.
4. Пол не должен быть скользким.
5. Ухаживающий должен быть одет в удобную, комфортную одежду и обувь с каблуком высотой более 3 см.
6. Обращение с постельными принадлежностями:
 - Чтобы одеяло не мешало во время перемещения пациента, поместите его на спинке кровати в ножном конце. Для этого сложите одеяло «гармошкой» в три раза. Затем откиньте его на спинку кровати так, чтобы большая часть находилась над постелью.
 - Если необходимо убрать подушки из-под головы пациента, то вначале уберите нижнюю подушку, а затем, придерживая голову пациента, уберите верхнюю.
 - При перемещении конечностей больного поддерживайте их двумя руками: рука — под локоть и запястье, нога — под колено и пятку. Голова — нельзя касаться лица, дотрагиваться до больного в области ушей. Если больной не может удержать голову на весу, при перемещении просуньте руку под его шею так, чтобы ваша была под плечом больного, а его затылок оказался у вас в локтевой ямке.
 - При обхватывании тела больного не прижимайте к нему кончики пальцев, чтобы не причинить боль.
 - При подсовывании рук под больного максимально вдавливайте их в матрац, чтоб причинять минимальный дискомфорт.
 - Очень важно аккуратное обращение с паретичной рукой у больных после инсульта. Ни в коем случае нельзя тянуть за руку при переворачивании или присаживании.

Специальные приспособления для перемещения

Для облегчения ухода существуют различные приспособления для перемещения больного - рукава и простыни для перемещения, поворотные диски, поддерживающие пояса для перемещения, стойки и веревочные лестницы для подтягивания.

Практическое занятие № 9. Размещение и перемещение пациента в постели с использованием принципов эргономики.

Т 2.6.4. Размещение и перемещение пациента в постели с использованием принципов эргономики.

Основные правила перемещения пациента.

Выполняя любое перемещение, медицинской сестре следует:

1. Убедиться в наличии необходимого инвентаря.
2. Вымыть руки.
3. Надеть перчатки.
4. Объяснить пациенту ход и необходимость предстоящего перемещения.

5. Обсудить с пациентом план совместных действий (при необходимости воспользоваться помощью коллег).
6. Привести кровать в горизонтальное положение.
7. Отрегулировать удобный уровень кровати (лежащий пациент должен находиться на уровне середины бедра медицинской сестры) для того, чтобы затрата сил при выполнении манипуляции была минимальной.
8. Встать как можно ближе к пациенту.
9. Убрать одеяло.
10. Положить подушку в изголовье кровати (это предотвратит вероятность удара пациента головой о спинку кровати).
11. Уложить пациента на спину.
12. Пользуясь правилами биомеханики переместить пациента в необходимое положение.

Чтобы предотвратить травмы у пациента с ограниченной двигательной активностью, соблюдайте следующие правила:

1) Объясните пациенту цель и ход предстоящего перемещения. Оцените возможную степень его участия в предстоящей манипуляции. Объясните, каких действий Вы ожидаете от пациента во время ее выполнения.

2) Пациента легче и безопаснее "перекатить", чем переместить, приподнимая его над поверхностью кровати.

3) Когда медсестра поворачивает, передвигает, перекладывает пациента в постели, трение должно быть предельно исключено.

4) Большая площадь поверхности тела при перемещениях подвергается наибольшему трению. Чтобы снизить трение, необходимо уменьшить перемещаемую площадь. Это достигается в том случае, если руки пациента будут на шее или талии медсестры, либо сложены на груди. Если возможно, медсестре лучше воспользоваться помощью пациента: приподнимаясь над поверхностью постели с опорой на локти и пятки, с помощью медсестры пациент достигнет необходимого положения с наименьшим риском травм мягких тканей.

5) Чем меньше трение между телом пациента и постелью, тем меньше усилий потребуется медсестре для выполнения перемещения: это предотвратит травмы позвоночника у медсестры.

6) Если пациент не в состоянии Вам помочь осуществить необходимое перемещение, обратитесь за помощью к коллеге. Вдвоем или втроем осуществить манипуляцию значительно удобнее и безопаснее. Заранее обсудите с коллегой и пациентом план совместных действий.

Избежать образования пролежней и некоторых других проблем (контрактур суставов, гипотрофии мышц, образования камней в почках и др.) у обездвиженного пациента позволяют частые перекладывания его в различные положения в постели. Эти перемещения осуществляют с учетом правил биомеханики тела каждые 2 часа.

Чтобы придать пациенту удобное, физиологичное положение, предотвратить сдавление тканей, контрактуры суставов и растяжение связок,

необходимы функциональная кровать с противопролежневым матрасом и специальные приспособления. К ним относятся: достаточное количество подушек подходящего размера, валики из простыней, пеленок и одеял, специальные подставки для стоп, предотвращающие подошвенное сгибание.

В настоящее время различными фирмами по производству медицинского оборудования выпускаются различные виды такого оборудования: матрацы, противопролежневые прокладки, подставки и подушки из современных природных и синтетических материалов, особенно удобные в применении.

Существуют следующие положения пациента в постели:

- 1) Положение Фаулера (полулежа и полусидя): с приподнятым под углом 45-60 градусов изголовьем кровати.
- 2) Положение "на спине".
- 3) Положение "на животе".
- 4) Положение "на боку".
- 5) Положение Симса (промежуточное между положением "лежа на боку" и "лежа на животе").

УКЛАДЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИЕ ФАУЛERA

Это положение полулежа или полусидя.

1. Опустите боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится м/с.
2. Убедитесь, что пациент лежит на спине посередине кровати и убрать подушки.
3. Поднимите изголовье кровати под углом 45 - 60° (90° - высокое фаулерово положение, 30° - низкое фаулерово положение) или подложите три подушки: человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.
4. Подложите подушку или сложенное одеяло под голени пациента.
5. Подложите под предплечье и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками).

Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.

6. Подложите пациенту под поясницу подушку.
7. Подложите небольшую подушку или валик под колени пациента.
8. Подложите небольшую подушку пациента под пятки.
9. Обеспечьте упор для поддержания стоп под углом 90° (если необходимо).
10. Убедитесь, что пациент лежит удобно. Поднять боковые поручни.

УКЛАДЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА НА ЖИВОТ

При высоком риске развития пролежней и после некоторых операций

1. Приведите кровать пациента в горизонтальное положение
2. Уберите подушку из-под головы
3. Разогните руку пациента в локтевом суставе, прижмите ее к туловищу и, подложив кисть пациента под бедро, «перевалите» пациента через его руку на живот

4. Передвиньте пациента на середину кровати
5. Поверните голову пациента на бок и подложите под нее низкую подушку
6. Подложите подушку под живот
7. Согните руки пациента в локтях и поднимите их вверх, чтобы кисти были рядом с головой
8. Подложите подушки под локти, предплечья, кисти
9. Подложите под стопы подушки

УКЛАДЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА НА СПИНУ

1. Придайте изголовью постели горизонтальное положение
2. Подложите пациенту под поясницу небольшое свернутое полотенце
3. Подложите подушку под верхнюю часть плеч, шею и голову пациента
4. Положите валики вдоль наружной поверхности бедер
5. Подложите валик в область нижней трети голени
6. Обеспечьте упор для стоп под углом 90°
7. Поверните руки пациента ладонями вниз и расположите их параллельно туловищу, подложив под предплечья небольшие подушки
8. Вложите в руки пациента валики для кисти

УКЛАДЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА

Промежуточное положение между положением лежа на животе и лежа на боку.

1. Опустите боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится м/с
2. Убедитесь, что, пациент лежит на спине посередине кровати и уберите подушки
3. Переведите изголовье кровати в горизонтальное положение.
4. Переместите пациента к краю кровати
5. Переместите пациента в положение лежа на боку и частично на живот
6. Подложите подушку под голову пациента
7. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместите подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положите на простыню.
8. Под согнутую, «верхнюю» ногу подложите подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.
9. У подошвы стопы положите мешочек с песком
10. Убедитесь, что пациент лежит удобно. Расправьте простыню и подкладную пеленку.
11. Поднимите поручни

Практическое занятие № 10. Осуществление транспортировки и сопровождения пациента

Т 2.6.5. Осуществление транспортировки и сопровождения пациента

Алгоритм действия при выполнении транспортировки пациента в лечебное отделение.

ЦЕЛЬ: Безопасно транспортировать пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медицинского работника.

ПОКАЗАНИЯ: Состояние пациента.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Нет

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

Транспортировка пациента на каталке или носилках вдвоем.

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте ее исправность, продезинфицируйте
3. Постелите на каталку одеяло с простыней, подушку (при необходимости – клеенку).
4. Поставьте каталку ножным концом под углом к головному концу кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации.
5. Приподнимите пациента: один медицинский работник подводит руки под шею пациента и туловище, другой под поясницу и бедра.
6. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону каталки или носилок и уложите его.
7. Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.
8. Встаньте: один медицинский работник спереди каталки спиной к пациенту, другой сзади каталки, лицом к пациенту.
9. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.
10. Поставьте каталку к кровати, в зависимости от площади палаты.
11. Снимите одеяло с кровати.
12. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику.
13. Прозеинфицируйте каталку в соответствии с действующими приказами.

- Транспортировка пациента на кресле-каталке.

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте кресло-каталку к транспортировке, проверьте ее исправность.
3. Наклоните кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.
4. Попросите пациента встать спиной к креслу на подставку для ног и поддерживая усадите его в кресло.
5. Опустите кресло каталку в исходное положение, прикройте одеялом.
6. Транспортируйте пациента так, чтобы его руки не выходили за пределы подлокотников кресла-каталки.
7. Обработайте кресло-каталку в соответствии с действующими приказами.

- **ОЦЕНКА ДОСТИГНУТЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ:** Пациент доставлен в отделение или кабинет для обследования на средствах транспортировки, которые были назначены врачом с соблюдением необходимых предосторожностей.

- Примечания: 1. Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен для того, чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.
- 2. Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.
- 3. При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами, слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.
- 4. При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

ТЕМА 2.7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Теоретическое занятие № 9.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов

Т 2.7.1. Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания пациентов.

Питание пациентов в медучреждениях организуется в соответствии с нормативными документами:

- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»;
- СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».

Приготовление блюд может быть организовано как на базе медицинского учреждения, так и при помощи доставки полуфабрикатов и уже готовых блюд. Пищеблок медицинской организации следует размещать в отдельно стоящем здании. Допускается размещение пищеблока в лечебных корпусах при условии соблюдения технологической поточности и оснащения автономной приточно-вытяжной вентиляцией.

Устройство и содержание пищеблока, оборудование, инвентарь, посуда, условия транспортировки и хранение пищевых продуктов должны обеспечивать соблюдение гигиенических требований при технологических процессах приготовления блюд. Поточность технологических процессов приготовления блюд должна исключать возможности контакта сырых и готовых к употреблению продуктов.

При соблюдении меню-раскладок должны учитываться основные принципы лечебного питания и нормы питания на одного больного. Питание больного должно соответствовать лечебным показаниям по химическому составу, пищевой ценности, набору продуктов, режиму питания.

Выдача готовой пищи осуществляется только после снятия пробы. Для транспортировки готовой пищи в буфетные отделения медицинской

организации используют термосы или плотно закрывающуюся посуду. Температура готовой пищи должна быть:

- первых блюд не ниже 75° С;
- вторых блюд не ниже 65° С;
- холодных блюд и напитков не должна превышать от 7° С до 14° С.

Срок раздачи пищи не должен превышать 2 часов от момента приготовления. Должна быть инструкция о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентрации и объемов, применяемых моющих и дезинфицирующих средств. Обработка посуды может проводиться механизированным или ручным способом.

Раздача пищи должна проводиться в халатах с маркировкой «Для раздачи пищи» буфетчицей и дежурной медицинской сестрой отделения.

Выявление продуктов с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнениями.

1. Личные продукты питания больных (передачи из дома) хранят в прикроватной тумбочке (сухие продукты: конфеты, сахар, печенье, чай) и в специальном холодильнике (скоропортящиеся продукты)*.
2. Передачи больным принимаются только в пределах разрешенного врачом ассортимента и количества продуктов.
3. Ежедневно дежурная медицинская сестра отделения проверяет соблюдение правил и сроков годности (хранения) пищевых продуктов, хранящихся в холодильниках отделения.

При обнаружении пищевых продуктов в холодильниках отделения с истекшим сроком годности, хранящихся без упаковок и без указания фамилии больного, а также имеющие признаки порчи, должны изыматься в пищевые отходы после уведомления об этом пациента.

О правилах хранения личных пищевых продуктов пациент должен быть информирован при поступлении в отделение.

4. В целях предупреждения возникновения инфекционных заболеваний (отравлений) среди пациентов лечебного учреждения запрещается передача больным, находящимся на лечении в больнице, скоропортящихся продуктов:

- кур, цыплят (отварных);
- паштетов, студней, заливных (мясных, рыбных), зельцы;
- пельменей, блинчиков фаршированных, беляшей и пирожков с мясом;
- винегретов, салатов (овощных, рыбных, мясных);
- кондитерских изделий с заварным кремом и кремом из сливок;
- консервированных продуктов домашнего приготовления;
- овощей, фруктов, ягод немытых и с наличием плесени и признаками гнили;
- колбас вареных и копченых;
- бананов, арбузов, дынь и винограда.

* Хранение скоропортящихся продуктов допускается только с разрешения лечащего врача, в соответствии с назначенной диетой, при условии соблюдения температурного режима (от - 2 до +4). Срок годности продуктов с момента вскрытия заводской упаковки не более 24 часов. Готовые блюда

(домашнего приготовления) должны быть употреблены сразу же с момента передачи пациенту.

5. Категорически запрещается передача продуктов с истекшим сроком годности.

Организация питания в стационаре

Питание является жизненной потребностью организма. Важно, чтобы питание было правильным, рациональным.

При построении суточного рациона следует исходить из энергетических затрат организма, его потребности в пищевых веществах (белках, жирах, углеводах и так далее). Калорийность суточного пищевого рациона должна соответствовать энергозатратам организма. Общие энергетические затраты организма включают в себя энергетические расходы на основной обмен и дополнительный обмен.

Наиболее рациональным является четырехразовое питание. Перерыв между приемами пищи не должен превышать 4-5 часов. Продукты, богатые белком, рекомендуется употреблять в период активной деятельности - утром и днем. Перед сном нецелесообразно принимать продукты, возбуждающие нервную систему (острые приправы, кофе, какао). Ужин должен быть легким, не позднее чем за 2-3 часа до сна. Для благоприятного усвоения пищи рекомендуется кратковременный отдых перед ее приемом. Перед едой необходимо утолить жажду, так как обезвоживание приводит к снижению секреции желудочного сока. Прием пищи лучше начинать с продуктов, возбуждающих желудочную секрецию (закуски, отвары), не следует начинать с жирных блюд, так как они тормозят секрецию желудочных желез. Есть нужно не спеша, тщательно пережевывая пищу.

Лечебное питание - диетотерапия - важнейший элемент комплексной терапии. Обычно оно назначается в сочетании с другими видами терапии (фармакологические препараты, физиотерапевтические процедуры). В одних случаях, при заболевании органов пищеварения или болезнях обмена веществ, лечебное питание выполняет роль одного из основных терапевтических факторов, в других - создает благоприятный фон для более эффективного проведения прочих терапевтических мероприятий.

Лечебное питание строится в виде суточных пищевых рационов, именуемых **д и е т а м и**. Диетический режим зависит от характера заболевания, его стадии, состояния пациента.

Любая диета должна характеризоваться следующими основными принципами лечебного питания:

1. Калорийностью и химическим составом (определенное количество белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов).
2. Физическими свойствами пищи (объем, масса, консистенция, температура).
3. Достаточно полным перечнем разрешенных продуктов.
4. Особенностью кулинарной обработки пищи.
5. Режимом питания.

Практическое занятие № 11. Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода

Т 2.7.2. Правила кормления пациента с недостаточностью самостоятельного ухода.

1. Раздачу пищи осуществляют буфетчица (раздатчица) и палатная медсестра в соответствии с данными порционного требования.

2. Кормление тяжелобольных осуществляет медсестра у постели пациента.

3. Пациенты, находящиеся на общем режиме, принимают пищу в столовой.

4. Пациентам, находящимся на палатном режиме, буфетчица и палатная медсестра доставляют пищу в палату на специальных столиках.

5. Перед раздачей пищи медсестра и буфетчица должны надеть халаты, маркированные «для раздачи пищи», вымыть руки.

6. Санитарки, занятые уборкой помещений, к раздаче пищи не допускаются.

7. Категорически запрещается оставлять остатки пищи и грязную посуду у постели пациента.

Планирование необходимой помощи пациенту при возникновении проблем, связанных с кормлением

1. Провести первичную оценку реакций пациента при кормлении (в том числе и искусственном).

2. Оказать психологическую поддержку пациенту методами разъяснения, убеждения, бесед таким образом, чтобы пациент смог сохранить свое достоинство.

3. Помочь пациенту справиться со своими чувствами, дать возможность высказать свои чувства, эмоции по поводу кормления.

4. Убедиться в наличии информационного согласия на кормление пациента.

5. Организовать кормление, подготовить все необходимое.

6. Оказывать помощь во время приема пищи.

7. Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при кормлении.

8. Организовать обучение пациента и его родственников, если это необходимо, предоставить информацию о правилах питания, кормления.

9. Оценивать реакции пациента на кормление. .

10. Установить наблюдение за пациентом после кормления.

Помощь во время приема пищи

1. Спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.

2. Проверить температуру горячих напитков, капнув несколько капель себе на тыльную сторону руки.

3. Лучше пить напитки через трубочку.

4. Пить жидкость, когда нет во рту твердой пищи.

Кормление тяжелобольных

Показания: постельный режим, тяжелое состояние пациента.

1. Вымыть свои руки и руки пациента (или протереть влажным полотенцем), осушить.
2. Покрыть грудь или шею пациента салфеткой или полотенцем.
3. Поставить на тумбочку или прикроватный столик теплую еду (ставить тарелку с пищей на грудь пациенту нельзя).
4. Придать пациенту удобное положение (если это возможно) □ сидячее или полу сидячее.
5. Поднять левой рукой голову пациента вместе с подушкой (если сидячее положение невозможно), а правой рукой поднести ложку или поильник с пищей ко рту.
6. Накормить пациента.
7. Протереть смоченным водой (влажным) полотенцем губы и подбородок пациенту, вытереть сухим концом полотенца.
8. Убрать посуду, стряхнуть крошки с постели, уложить пациента в удобное положение.
9. Вымыть и осушить руки.

Методики искусственного кормления пациента

Искусственное питание является особым видом заместительной терапии, когда естественным путем питание невозможно, и питательные вещества поступают в организм для восполнения энергетических и пластических затрат, минуя пищеварительный тракт.

Пища вводится в организм *парентерально* в виде растворов, в желудок через зонд или стому (фистулу) в полужидкой или жидкой консистенции.

Через стому (фистулу) можно вводить только жидкую пищу: молоко, бульон, сливки, сырые яйца, растопленное масло, слизистый или протертый овощной суп, жидкий кисель, фруктовые соки, чай, кофе.

В прямую кишку вводятся простейшие водно-солевые растворы, когда другие методики выполнить невозможно.

Для спасения жизни пациента с непроходимостью пищевода, возникшей вследствие рубцового сужения, опухолей, ожогов или ранений, на желудок накладывается свищ - гастростома, через который по введенной трубке производится питание пациента.

Кормление пациента через назогастральный зонд

Цель: введение зонда и кормление пациента.

Показания: травма, повреждение и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройство глотания, бессознательное состояние, отказ от пищи при психических заболеваниях, не рубцующаяся язва желудка.

Противопоказания: язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Оснащение (стерильно): зонд 8-10 мл в диаметре, воронка 200 мл или шприц Жане, глицерин, салфетки, раствор фурацилина 1:2000, зажим, фонендоскоп, 3-4 стакана теплой пищи.

На зонде делают метку: вход в пищевод 30-35 см, в желудок 40-45 см, двенадцатиперстную кишку 50-55 см. Пациент садится, если нет противопоказаний.

Ход зондирования: осмотр носовых ходов, зонд смазывают вазелином и вводят.

Если пациент находится без сознания: положение лежа, голову поворачивают набок. Зонд оставляют на весь период искусственного питания, но не более 2-3 недель. Проводят профилактику пролежней слизистой.

Кормление пациента через назогастральный зонд

1. Установить доверительные отношения с пациентом (или с его родственниками).
2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий.
3. Вымыть руки, осушить.
4. Определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка (или другим способом, например, рост в см - 100), поставить метку.
5. Налить в лоток раствор фурацилина 1:5000 и погрузить в него зонд до отметки.
6. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку.
7. Надеть перчатки.
8. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15-18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки.
9. Набрать в шприц Жане воздух 30-40 мл и присоединить его к зонду.
10. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа.
11. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток.
12. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента.
13. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка.
14. Наклонить слегка воронку и налить в нее подготовленную пищу, подогреть на водяной бане до 38-40⁰С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки.
15. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок.

Практическое занятие № 12. Выявление продуктов с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнениями

Т 2.7.3. Выявление продуктов с истекшим сроком годности, признаками порчи и загрязнения.

Контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников, сроком хранения пищевых продуктов

Цель: соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, профилактика внутрибольничных инфекций, пищевых отравлений.

В тумбочках разрешается хранить мыло, зубную пасту, зубную щетку в футляре, расческу в футляре или в целлофановой кулек, журналы, газеты. Конфеты, варенье, печенье хранят на другой полке тумбочки.

Фрукты и скоропортящиеся продукты хранятся в холодильнике. Кислые, молочные продукты хранятся в холодильнике не более 2 суток.

Нельзя хранить в холодильнике консервированные мясные, рыбные продукты.

Палатная медсестра обязана:

1. Осуществлять ежедневный контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников и их содержимым.

2. Осуществлять ежедневный контроль за дезинфекцией тумбочек, которая должна проводиться ежедневно утром и вечером 1 % раствором хлорамина.

3. Производить размораживание холодильника 1 раз в неделю (по графику) с последующей дезинфекцией 1% раствором хлорамина.

4. Уметь планировать необходимую помощь пациенту.

Для продуктов, у которых истек срок годности или он вообще отсутствовал, хотя должен был присутствовать, возможны следующие варианты действий: Возвратить поставщику или изготовителю. Утилизировать. Или произвести уничтожение. Стоит отметить, что для испорченного продукта, который не возвращается поставщику, необходимо экспертное заключение государственного надзора с решением в отношении дальнейших действий для продукции. Произвести уничтожение или утилизацию самостоятельно можно только в следующих случаях: когда продовольственные продукты имеют внешние признаки испорченности и есть вероятность опасности при их употреблении; продукция без точной информации о поставщике.

Процедура списания испортившихся продуктов подлежит следующему регламенту: Поиск товаров, срок годности которых истек или появились внешние признаки порчи. Отправка на утилизацию или уничтожение. Сопровождение необходимой документацией. Акт списания испорченных продуктов питания должен быть составлен при обнаружении товаров с истекшим сроком годности. Этот регламент обязателен для всех изготовителей и реализаторов.

Составление акта списания В документе на лицевой стороне должны быть указаны следующие данные: дата учета продукта, то есть число, что указано в ТН или ТТН поставщика; дата поставки товара - когда он был передан реализатору; число списывания продукта, то есть день составления акта; причина списания (истекший срок годности или внешняя порча

продукта). В таблице подробно описывается каждый товар, который организация отправляет на утилизацию, с указанием причины, количества и стоимости продукта.

ТЕМА 2.8. ПРАВИЛА РАБОТЫ С БИОЛОГИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ

Теоретическое занятие № 10.

Правила работы с биологическими материалами.

Т 2.8.1. Условия конфиденциальности при работе с биологическим материалом и медицинской документацией.

Техника безопасности при работе с биологическим материалом

Биологическую опасность, или риск для здоровья людей и окружающей среды, могут представлять инфицированные организмы или биологический материал, содержащий микроорганизмы или токсины биологического происхождения.

Биологическая безопасность – порядок осуществления лабораторных исследований и специальное оснащение микробиологических лабораторий, которые защищают персонал лабораторий и окружающую среду при работе с потенциально инфекционными микроорганизмами.

Уровень биобезопасности – уровень мер предосторожности, необходимых при работе с потенциально опасными биологическими агентами. Различают 4 уровня биобезопасности. Более высокий номер уровня биобезопасности означает возрастающий риск при выполнении лабораторных исследований.

Характеристика уровней биобезопасности

В России по степени опасности для человека и окружающей среды выделено 4 группы возбудителей инфекционных заболеваний, однако, наоборот, более низкий номер группы означает возрастающий риск при выполнении лабораторных исследований.

I группа – возбудители ООИ: чумы, натуральной оспы, геморрагических лихорадок (Ласса, Эбола и др.).

II группа – возбудители высококонтагиозных бактериальных, грибковых и вирусных инфекций: сибирской язвы, бруцеллеза, туляремии, холеры, сыпного тифа, бластомикоза, бешенства, СПИДа, гепатитов В и С и др., ботулотоксины и столбнячный токсин.

III группа – возбудители других инфекций: коклюша, столбняка, ботулизма, туберкулёза, трихомониаза, малярии, лейшманиоза, гриппа, полиомиелита, герпесвирусы и др.

IV группа – условно-патогенные (возбудители газовой гангрены, клебсиеллы, стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, некоторые кандиды и аспергиллы, амёбиоза, аденовирусы, ротавирусы, энтеровирусы и др.) и непатогенные микроорганизмы.

Работа с материалом, содержащим микроорганизмы I–II групп патогенности, требует соблюдения строгих мер безопасности для предупреждения случаев внутрилабораторного заражения, выноса инфекции за пределы лаборатории и предупреждения контаминации окружающей среды, поэтому исследования проводятся в специально оборудованных режимных микробиологических лабораториях специально обученным и вакцинированным персоналом (если существуют вакцины).

Работа с материалом, содержащим микроорганизмы III–IV групп патогенности, регламентируется Санитарными правилами «Безопасность работы с микроорганизмами III–IV групп патогенности и гельминтами», Исследования проводятся в бактериологических лабораториях при лечебно-профилактических учреждениях и при центрах гигиены и эпидемиологии.

В зависимости от выполняемых исследований, микробиологические лаборатории подразделяют на диагностические, производственные и научно-исследовательские. В соответствии с типами микроорганизмов, изучаемых в микробиологических лабораториях, выделяют бактериологические, вирусологические, микологические и протозоологические лаборатории.

В зависимости от уровня безопасности работы с микроорганизмами микробиологические лаборатории подразделяют на четыре группы риска.

I группа – лаборатории особого режима (максимально изолированные) с высоким индивидуальным и общественным риском.

II группа – режимные лаборатории (изолированные) с высоким индивидуальным и низким общественным риском.

III группа – базовые (основные) лаборатории с умеренным индивидуальным и ограниченным общественным риском.

IV группа – базовые (основные) лаборатории с низким индивидуальным и общественным риском.

Необходимо соблюдать следующие правила:

1. В помещение бактериологической лаборатории нельзя входить без специальной одежды - медицинского халата и шапочки, запрещается приносить в практикум верхнюю одежду. Запрещается посещение студентов, работающих в лаборатории, посторонними лицами. Каждый студент должен работать на закреплённом за ним рабочем месте. Во время работы в лаборатории следует соблюдать тишину, порядок и чистоту.

2. В помещении бактериологической лаборатории категорически *запрещается* принимать пищу, курить, использовать косметические средства. Ежедневная тщательная уборка помещения производится влажным путём с применением дезинфицирующих жидкостей.

3. В каждой группе назначается постоянный дежурный студент, который осуществляет контроль за поддержанием чистоты и порядка студентами группы на рабочих местах.

4. Всё необходимое для работы на занятии (чашки, пробирки, пипетки, бактериальные петли) студенты берут на специальном столе, туда же ставится выполненная на занятии работа. Пробирки и чашки с инфицированным материалом обязательно подписывают (характер материала, название культуры, дата, № группы, ф. и. о. исследователя). После окончания работы рабочее место должно быть приведено в полный порядок.

5. Перед выполнением работ и после завершения необходимо вымыть руки с мылом. Весь материал, поступающий в лабораторию, должен рассматриваться как инфицированный.

6. Работа с биоматериалами проводится в резиновых перчатках. *Запрещается прикасаться к биоматериалу и микробным культурам руками.*

Если контакт с кровью или другими биологическими жидкостями произошел с нарушением целостности кожных покровов (укол, порез), пострадавший должен:

- снять перчатки рабочей поверхностью внутрь;
- выдавить кровь из раны;
- обработать повреждённое место (70% спиртом, или 5% йодом, или 3% раствором перекиси водорода, или другим разрешенным антисептиком);
- руки вымыть под проточной водой с мылом;
- на рану наложить пластырь;
- надеть напальчник;
- при необходимости продолжить работу, надев новые перчатки.

При отсасывании жидкого материала необходимо пользоваться резиновыми грушами, при этом пипетки должны быть закрыты ватными тампонами.

7. При работе с биоматериалами необходимо пользоваться инструментами (петлями, шпателями, пинцетами, иглами). Инструменты, имевшие контакт с инфицированным материалом, фламбируются в пламени спиртовки, или полностью погружаются в емкости с дезраствором.

По окончании работы использованная стеклянная посуда и ватно-марлевые пробки сбрасывается в отдельные биксы. Ежедневно посуда, в которой содержался инфицированный материал, поступает в мойку после предварительной стерилизации автоклавированием.

8. Окрашивание препаратов проводится в специально отведённых местах.

9. При аварии с посудой, содержащей инфицированный материал, или проливание жидкого инфицированного материала надо сообщить

преподавателю. Немедленно проводится дезинфекция контаминированных поверхностей и предметов:

- осколки стекла помещают в бикс,
- на место аварии наносят дезраствор, время экспозиции 5–10 мин,
- затем дезраствор вытирают влагопоглощающей тканью.

Проводят антисептическую обработку контаминированных частей тела – мытьё с мылом.

Т 2.8.2. Правила безопасной транспортировки биологического материала в лабораторию медицинской организации, работа с медицинскими отходами.

Транспортировка образцов должна осуществляться с соблюдением требований СП 1.2.036-95 "Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности".

Медицинские работники, которые транспортируют образцы в лабораторию, должны быть обучены требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала, подозрительного на зараженность микроорганизмами II группы патогенности, строго соблюдать меры предосторожности и использовать средства индивидуальной защиты.

При необходимости транспортирования внутри одного здания, пробирки/контейнеры с биологическим материалом помещают в штативы и специальные герметичные контейнеры-переноски. Транспортирование производится при комнатной температуре в течение 3 часов, более длительно - при температуре от 2 до 8 °С.

При необходимости транспортирования биологического материала в другие организации, образцы каждого пациента помещают в индивидуальный герметичный пакет с адсорбирующим материалом и дополнительно упаковывают в общий герметичный пакет, помещаемый в термоконтейнер (AI). Транспортирование производится в термоконтейнерах при температуре от 2 до 8 °С (AI). В контейнер желательно поместить одноразовый индикатор, контролирующий соблюдение требуемой температуры.

Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от биологического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

Практическое занятие № 13.

Доставка биологического материала в лаборатории медицинской организации

Т 2.8.3. Осуществление доставки биологического материала в лабораторию.

Цель микробиологического исследования – установить этиологическую роль тех или иных микроорганизмов при возникшем заболевании или клиническом синдроме. Среди факторов, влияющих на достоверность микробиологической диагностики, можно выделить

следующие условия взятия и транспортировки биологического материала: адекватный выбор методов микробиологического исследования; полноценность сведений о состоянии обследуемого пациента, важных с точки зрения оценки полученных результатов.

Меры предосторожности при сборе и транспортировке исследуемого материала. Правила работы в базовой лаборатории включают: запрет работ с пипеткой при помощи рта; запрет приема пищи, питья, курения, хранения пищи и применения косметических средств в рабочих помещениях; поддержание чистоты и порядка; дезинфекцию рабочих поверхностей не реже 1 раза в день и после каждого попадания на них заразного материала; мытье рук персоналом после работы с заразным материалом, животными, перед уходом из лаборатории; проведение всех работ таким образом, чтобы свести к минимуму возможность образования аэрозоля; обеззараживание всех инфицированных материалов перед выбросом или повторным использованием.

Правила взятия исследуемого материала: знание оптимальных сроков для взятия материала на исследование; взятие материала с учетом места максимальной локализации возбудителя путем его выделения в окружающую среду; отбор материала для исследования в необходимом и достаточном объеме с обеспечением условий, исключающих контаминацию проб; по возможности взятие материала до применения антибиотиков и других химиотерапевтических препаратов или после отмены антибиотиков через 2 – 3 дня. Материал доставляется в контейнерах, исключая их опрокидывание. При транспортировке не допускаются смачивание ватных пробок и замораживание материала. Материал поставляется в течение 1 – 2 ч после взятия. При невозможности доставки в указанные сроки биоматериал хранят в холодильнике (кроме крови и материала, исследуемого на наличие менингококка). При увеличении времени доставки проб до 48 ч необходимо использовать транспортные среды.

Собранный материал должен быть доставлен в лабораторию и подвергнут исследованию в максимально сжатые сроки, поскольку некоторые микробы не выдерживают высушивания, длительного пребывания при измененном температурном режиме (гонококки, менингококки). К тому же если исследуемый материал наряду с патогенными микробами содержит и другую микрофлору, то последняя может оказать антагонистическое действие на возбудителей данного заболевания.

Для взятия и транспортировки биологического материала следует использовать одноразовые стерильные тубсеры (пробирки с тампонами) промышленного производства или транспортные системы со средой. Ватные (хлопковые) тампоны, изготавливаемые непосредственно в лаборатории из медицинской ваты, могут быть использованы только в крайнем случае, так как медицинская вата может обладать антимикробными свойствами.

Предохранение от контаминации исследуемого материала нормальной микрофлорой. Для сбора исследуемого материала должны использоваться стерильные посуда, инструменты и должны соблюдаться правила асептики,

чтобы предупредить загрязнение исследуемого материала посторонней микрофлорой. Внесение случайной микрофлоры в исследуемый материал может помешать выделению микроба – возбудителя данного заболевания. Во избежание загрязнения материала посторонней микрофлорой тот, кто берет материал, должен вымыть руки.

При некоторых видах исследований необходимо руки берущего материал, а также место взятия материала у больного дезинфицировать. При необходимости берущий исследуемый материал должен работать в эластичных перчатках.

Пробирки и флаконы должны быть закрыты стерильными пробками, а баночки – крышками или бумажными стерильными колпачками. Следует помнить, что если ватная пробка смочена жидкостью, то она становится проницаемой для микробов и, следовательно, не может обеспечить стерильность материала.

Персонал, доставляющий материал в лабораторию, должен быть предупрежден об этом и должен нести материал больного, не взбалтывая содержимое пробирок или флаконов. Нельзя доставлять в лабораторию материал в антисанитарном состоянии, когда посуда, пробка или бумага загрязнены этим материалом снаружи. Это может служить источником для заражения окружающих.

Исследуемый материал должен соответствовать месту локализации инфекционного процесса (мокрота при пневмонии, кровь при сепсисе, испражнения при дизентерии). Для обеспечения тщательного исследования материал должен быть собран в достаточном количестве.

Для микробиологических исследований необходима различная стеклянная посуда. Чашки Петри (диаметр 10 см, высота 1,5 см) применяют для выделения чистых культур, количественного учета микроорганизмов, анализа качественного состава микрофлоры на плотных питательных средах и других исследований; стеклянные поплавки – для изучения процессов брожения; пробирки биологические – для хранения чистых культур и проведения микробиологических исследований; пастеровские пипетки с оттянутым капилляром. Кроме специальной посуды широко используют обычную химическую посуду: колбы плоскодонные конические Эрленмейера, круглодонные, мерные, пипетки, градуированные на 1 мл, пипетки Мора, мензурки, мерные цилиндры, бюксы, склянки и т.д. Колбы и пробирки, используемые для приготовления и стерилизации питательных сред и выращивания микроорганизмов, закрывают ватно-марлевыми пробками, которые изготавливают вручную или при помощи специальной машины. Правильно изготовленная пробка для пробирок должна иметь длину 3 – 4 см, умеренно туго входить в пробирку, быть плотной и не менять своей формы при многократном применении.

Оформление сопровождающих документов

Материал, направляемый в лабораторию, должен иметь сопроводительный бланк со следующими сведениями:

1. Фамилия, имя, отчество больного.

2. Номер истории болезни.
3. Местонахождение больного.
4. Диагноз заболевания.
5. Какой материал направляется в лабораторию и откуда он взят.
6. Точное указание, на какое исследование посылается материал в лабораторию.
7. Какой день заболевания (от момента появления первых признаков болезни).
8. Дата взятия материала.
9. Подпись лица, взявшего от больного исследуемый материал.

Правильное заполнение указанных граф имеет большое практическое значение. Зная, какой материал доставлен и откуда он взят, можно ориентироваться в том, какие микробы следует искать в данном материале и соответственно этому правильно подобрать необходимые для них питательные среды и условия культивирования

ТЕМА 2.9. ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯХ

Теоретическое занятие № 11.

Порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях

Т 2.9.1. Порядок оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях.

Умение оказать первую помощь очень важный навык. В экстренной ситуации он может спасти чью-то жизнь.

Вам необходимо помнить 10 базовых навыков оказания первой помощи при кровотечениях, переломах, отравлении, обморожении и в других экстренных случаях. Распространенные ошибки при оказании первой помощи подвергают жизнь пострадавшего серьезной опасности.

Первая помощь — это комплекс срочных мер, направленных на спасение жизни человека. Несчастный случай, резкий приступ заболевания, отравление — в этих и других чрезвычайных ситуациях необходима грамотная первая помощь.

Согласно закону, первая помощь не является медицинской — она оказывается до прибытия медиков или доставки пострадавшего в больницу.

Первую помощь может оказать любой человек, находящийся в критический момент рядом с пострадавшим. Для некоторых категорий граждан оказание первой помощи — служебная обязанность. Речь идёт о полицейских, сотрудниках ГИБДД и МЧС, военнослужащих, пожарных

Алгоритм оказания первой помощи

Чтобы не растеряться и грамотно оказать первую помощь, важно соблюдать следующую последовательность действий:

1. Убедиться, что при оказании первой помощи вам ничего не угрожает и вы не подвергаете себя опасности.

2. Обеспечить безопасность пострадавшему и окружающим (например, извлечь пострадавшего из горящего автомобиля).

3. Проверить наличие у пострадавшего признаков жизни (пульс, дыхание, реакция зрачков на свет) и сознания. Для проверки дыхания необходимо запрокинуть голову пострадавшего, наклониться к его рту и носу и попытаться услышать или почувствовать дыхание. Для обнаружения пульса необходимо приложить подушечки пальцев к сонной артерии пострадавшего. Для оценки сознания необходимо (по возможности) взять пострадавшего за плечи, аккуратно встряхнуть и задать какой-либо вопрос.

4. Вызвать специалистов: 112 - с мобильного телефона, с городского - 03 (скорая) или 01 (спасатели).

5. Оказать неотложную первую помощь. В зависимости от ситуации это может быть:

- восстановление проходимости дыхательных путей;
- сердечно-лёгочная реанимация;
- остановка кровотечения и другие мероприятия.

6. Обеспечить пострадавшему физический и психологический комфорт, дождаться прибытия специалистов.

Практическое занятие № 14.

Оказание помощи пациенту во время его осмотра врачом

Искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ) — это введение воздуха (либо кислорода) в дыхательные пути человека с целью восстановления естественной вентиляции лёгких. Относится к элементарным реанимационным мероприятиям.

Типичные ситуации, требующие ИВЛ:

- автомобильная авария;
- происшествие на воде;
- удар током и другие.

Существуют различные способы ИВЛ. Наиболее эффективным при оказании первой помощи неспециалистом считается искусственное дыхание рот в рот и рот в нос.

Если при осмотре пострадавшего естественное дыхание не обнаружено, необходимо немедленно провести искусственную вентиляцию лёгких.

Техника искусственного дыхания рот в рот

1. Обеспечьте проходимость верхних дыхательных путей. Поверните голову пострадавшего набок и пальцем удалите из полости рта слизь, кровь, инородные предметы. Проверьте носовые ходы пострадавшего, при необходимости очистите их.

2. Запрокиньте голову пострадавшего, удерживая шею одной рукой.

Не меняйте положение головы пострадавшего при травме позвоночника!

3. Положите на рот пострадавшего салфетку, платок, кусок ткани или марли, чтобы защитить себя от инфекций. Зажмите нос пострадавшего большим и указательным пальцем. Глубоко вдохните, плотно прижмитесь губами ко рту пострадавшего. Сделайте выдох в лёгкие пострадавшего.

Первые 5–10 выдохов должны быть быстрыми (за 20–30 секунд), затем — 12–15 выдохов в минуту.

4. Следите за движением грудной клетки пострадавшего. Если грудь пострадавшего при вдохе воздуха поднимается, значит, вы всё делаете правильно.

Непрямой массаж сердца

Если вместе с дыханием отсутствует пульс, необходимо сделать непрямой массаж сердца.

Непрямой (закрытый) массаж сердца, или компрессия грудной клетки, — это сжатие мышц сердца между грудиной и позвоночником в целях поддержания кровообращения человека при остановке сердца. Относится к элементарным реанимационным мероприятиям.

Нельзя проводить закрытый массаж сердца при наличии пульса.

Техника непрямого массажа сердца

1. Уложите пострадавшего на плоскую твёрдую поверхность. На кровати и других мягких поверхностях проводить компрессию грудной клетки нельзя.

2. Определите расположение у пострадавшего мечевидного отростка. Мечевидный отросток — это самая короткая и узкая часть грудины, её окончание.

3. Отмерьте 2–4 см вверх от мечевидного отростка — это точка компрессии.

4. Положите основание ладони на точку компрессии. При этом большой палец должен указывать либо на подбородок, либо на живот пострадавшего, в зависимости от местоположения лица, осуществляющего реанимацию. Поверх одной руки положите вторую ладонь, пальцы сложите в замок. Надавливания проводятся строго основанием ладони — ваши пальцы не должны соприкасаться с грудиной пострадавшего.

5. Осуществляйте ритмичные толчки грудной клетки сильно, плавно, строго вертикально, тяжестью верхней половины вашего тела. Частота — 100–110 надавливаний в минуту. При этом грудная клетка должна прогибаться на 3–4 см.

Грудным детям непрямой массаж сердца производится указательным и средним пальцем одной руки. Подросткам — ладонью одной руки.

Если одновременно с закрытым массажем сердца проводится ИВЛ, каждые два вдоха должны чередоваться с 30 надавливаниями на грудную клетку.

Вред: непрямой массаж сердца может сломать ребра, следовательно, сломанные кости легко могут повредить легкие и сердце.

Как правильно: непрямой массаж сердца выполняется только после того, как вы убедились, что пульс и дыхание у пострадавшего отсутствуют, а врача по близости нет. В то время пока один человек делает массаж сердца, кто-то второй обязательно должен вызвать скорую медицинскую помощь.

Массаж выполняется в ритме – 100 компрессий за 1 минуту. В случае детей, непрямой массаж сердца выполняется пальцами в другом ритме. После того как сердце запустится, приступите к выполнению искусственного дыхания. Альтернативный способ: 30 компрессий и 2 вдоха, после чего снова повторите компрессии и 2 вдоха.

В случае аварии не доставайте пострадавшего из машины и не меняйте его позу

Вред: летальный исход чаще всего случается при травме или переломе позвоночника. Даже самое не существенное движение, вызванное помочь пострадавшему лечь удобней, может убить или сделать человека инвалидом.

Как правильно: вызовите скорую помощь сразу после травмы, если существует опасение что у пострадавшего может быть травмироваться голова, шея или позвоночник. При этом следите за дыханием больного до приезда врачей.

Базовая сердечно-легочная реанимация

1 Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего и, при необходимости, обеспечить безопасность	Сказать	«Опасности нет»
2 Осторожно встряхнуть пострадавшего за Плечи	Выполнить	
3 Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?»	Сказать	«Вам нужна помощь?»
4 Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!»	Сказать	«Помогите, человеку плохо!»
5 Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки подхватить нижнюю челюсть пострадавшего и умеренно запрокинуть голову пострадавшего, открывая дыхательные пути	Выполнить	
Определить признаки жизни	Выполнить/	Дыхания нет!
6 Приблизить ухо к губам пострадавшего	Сказать	
7 Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
8 Оценить наличие дыхания в течение 10 секунд. Отсчитывать вслух до 10-ти	Сказать	«Один, два, три... и т.д. десять»
Вызвать специалистов (СМП) по		

Алгоритму		
9 Факт вызова бригады	Сказать	«Я набираю номер 112 для вызова скорой медицинской помощи»
10 Координаты места происшествия	Сказать	Назвать любой адрес
11 Количество пострадавших	Сказать	Пострадавший -1 человек
12 Пол	Сказать	Мужчина/женщина
13 Примерный возраст	Сказать	Возраст- 45 лет
14 Состояние пострадавшего	Сказать	«Пострадавший без сознания, без дыхания, без пульса на сонной артерии»
15 Объем Вашей помощи	Сказать	«Я приступаю к непрямому массажу сердца»
Подготовка к компрессиям грудной клетки		
16 Встать на колени сбоку от пострадавшего лицом к нему	Выполнить	
17 Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды	Выполнить	
18 Как можно быстрее приступить к компрессиям грудной клетки	Выполнить	
19 Основание ладони одной руки положить на центр грудной клетки пострадавшего	Выполнить	
20 Вторую ладонь положить на первую, соединив пальцы обеих рук в замок	Выполнить	
Компрессии грудной клетки		
21 Компрессии проводить без перерыва	Выполнить	
22 Руки спасателя расположить вертикально	Выполнить	
23 Не сгибать в локтях	Выполнить	
24 Пальцами верхней кисти оттягивать вверх пальцы нижней кисти	Выполнить	
25 Компрессии отсчитывать вслух	Сказать	«Один, два, три... и т.д.»

Частота компрессий (составляет 100-120 в минуту)		
Адекватная глубина компрессий		
5-6 см		

Практическое занятие № 15.

Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях

Т 2.9.2. Способы и средства оказания первой помощи при угрожающих жизни состояниях

Переломы

Перелом — нарушение целостности кости. Перелом сопровождается сильной болью, иногда — обмороком или шоком, кровотечением. Различают открытые и закрытые переломы. Первый сопровождается ранением мягких тканей, в ране иногда заметны обломки кости.

Техника оказания первой помощи при переломе

1. Оцените тяжесть состояния пострадавшего, определите локализацию перелома.
2. При наличии кровотечения остановите его.
3. Определите, возможно ли перемещение пострадавшего до прибытия специалистов.

Не переносите пострадавшего и не меняйте его положения при травмах позвоночника!

4. Обеспечьте неподвижность кости в области перелома — проведите иммобилизацию. Для этого необходимо обездвижить суставы, расположенные выше и ниже перелома.

5. Наложите шину. В качестве шины можно использовать плоские палки, доски, линейки, прутья и прочее. Шину необходимо плотно, но не туго зафиксировать бинтами или пластырем.

При закрытом переломе иммобилизация производится поверх одежды. При открытом переломе нельзя прикладывать шину к местам, где кость выступает наружу.

Остановка кровотечения с использованием жгута может привести к ампутации конечности

Вред: передавливание конечностей — следствие неправильного или ненужного наложения жгута. Некроз тканей происходит из-за нарушения циркуляции крови в конечностях, потому что жгут не останавливает кровотечение, а полностью блокирует циркуляцию.

Как правильно: наложите повязку из чистой ткани или стерильной марли на рану и придержите её. До прибытия врачей этого будет достаточно. Только при сильном кровотечении, когда риск смерти выше риска ампутации, позволительно пользоваться жгутом.

Техника наложения кровоостанавливающего жгута

1. Наложите жгут на одежду или мягкую подкладку чуть выше раны.

2. Затяните жгут и проверьте пульсацию сосудов: кровотечение должно прекратиться, а кожа ниже жгута — побледнеть.
3. Наложите повязку на рану.
4. Запишите точное время, когда наложен жгут.

Жгут на конечности можно накладывать максимум на 1 час. По его истечении жгут необходимо ослабить на 10–15 минут. При необходимости можно затянуть вновь, но не более чем на 20 минут.

В случае кровотечения из носа, запрещается запрокидывать голову или ложиться на спину

Вред: давление резко поднимается, если при носовом кровотечении запрокинуть голову или лечь на спину. Кровь может попасть в легкие или вызвать рвоту.

Как правильно: держа голову прямо, вы ускорите снижение давления. Приложите что-то холодное к носу. Закрывайте ноздри поочередно на 15 минут каждую, указательным и большим пальцем. В это время дышите ртом. Повторите этот приём, в случае если кровотечения не останавливается. Если кровотечение продолжается, срочно вызовите скорую медицинскую помощь.

Употребление лекарств, которые вызывают рвоту

Вред: препараты, которые провоцируют рвоту, приводят к ожогу пищевода и способствуют отравлению рвотными массами при попадании в легкие.

Как правильно: вызовите скорую медицинскую помощь, если подозреваете отравление. Опишите по телефону симптомы отравления и запомните манипуляции и действия, которые порекомендует вам диспетчер. Не оценивайте самостоятельно тяжесть отравления и не ищите советы в интернете – интоксикации витаминами или алкоголем очень опасны. Летальный исход возможен в короткий срок, если вовремя не обратиться к помощи врача.

Обморок

Обморок — это внезапная потеря сознания, обусловленная временным нарушением мозгового кровотока. Иными словами, это сигнал мозга о том, что ему не хватает кислорода.

Важно отличать обычный и эпилептический обморок. Первому, как правило, предшествуют тошнота и головокружение.

Предобморочное состояние характеризуется тем, что человек закатывает глаза, покрывается холодным потом, у него слабеет пульс, холодеют конечности.

Типичные ситуации наступления обморока:

- испуг
- волнение
- духота и другие

Если человек упал в обморок, придайте ему удобное горизонтальное положение и обеспечьте приток свежего воздуха (расстегните одежду, ослабьте ремень, откройте окна и двери). Брызните на лицо пострадавшего

холодной водой, похлопайте его по щекам. При наличии под рукой аптечки дайте понюхать ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом.

Если сознание не возвращается 3–5 минут, немедленно вызывайте скорую.

Когда пострадавший придёт в себя, дайте ему крепкого чая.

Не вставляйте в рот человеку, у которого припадок ложку. И не вынимайте ему язык

Вред: Человек в припадочном состоянии может проглотить или задохнуться предметом, который вставляется для защиты языка в рот.

Как правильно: Приступ приводит в посинению или резким вздрагиваниям. Сам по себе организм не может нанести себе вред, а приступы заканчиваются сами. Лучше вызовите врача, и позаботьтесь, о том, чтобы человек не нанёс себе вред и мог свободно дышать. С языком ничего не случится. Человек его не проглотит, а прикус языка ничем не опасен. Уложите больного набок сразу после приступа.

Ожог — это повреждение тканей организма под действием высоких температур или химических веществ. Ожоги различаются по степеням, а также по типам повреждения. По последнему основанию выделяют ожоги:

- термические (пламя, горячая жидкость, пар, раскалённые предметы)
- химические (щёлочи, кислоты)
- электрические
- лучевые (световое и ионизирующее излучение)
- комбинированные

При ожогах первым делом необходимо устранить действие поражающего фактора (огня, электрического тока, кипятка и так далее).

Затем, при термических ожогах, поражённый участок следует освободить от одежды (аккуратно, не отдирая, а обрезаая вокруг раны прилипшую ткань) и в целях дезинфекции и обезболивания оросить его водно-спиртовым раствором (1/1) или водкой.

Не используйте масляные мази и жирные кремы — жиры и масла не уменьшают боль, не дезинфицируют ожог и не способствуют заживлению.

После оросите рану холодной водой, наложите стерильную повязку и приложите холод. Кроме того, дайте пострадавшему тёплой подсоленной воды.

Для ускорения заживления лёгких ожогов используйте спреи с декспантенолом. Если ожог занимает площадь больше одной ладони, обязательно обратитесь к врачу.

Обработка йодом, медицинским спиртом и промывание ран перекисью водорода иногда представляют опасность

Вред: соединительная ткань разрушается перекисью водорода, тем самым рана заживает намного дольше. Спирт, йод и зелёнка сжигают неповрежденные клетки и провоцируют болевой шок или ожог при контакте с раной.

Как правильно: промойте рану чистой водой (можно кипяченой), после чего обработайте рану мазью с содержанием антибиотика. Не накладывайте

повязку из бинта или пластырь без необходимости. Перевязанная рана заживает намного дольше.

Первая помощь при утоплении

1. Извлеките пострадавшего из воды.

Тонущий человек хватается за всё, что попадётся под руку. Будьте осторожны: подплывайте к нему сзади, держите за волосы или подмышки, держа лицо над поверхностью воды.

2. Положите пострадавшего животом на колени, чтобы голова была внизу.

3. Очистите ротовую полость от инородных тел (слизь, рвотные массы, водоросли).

4. Проверьте наличие признаков жизни.

5. При отсутствии пульса и дыхания немедленно приступайте к ИВЛ и непрямому массажу сердца.

6. После восстановления дыхания и сердечной деятельности положите пострадавшего набок, укройте его и обеспечивайте комфорт до прибытия медиков.

Переохлаждение и обморожение

Переохлаждение (гипотермия) — это понижение температуры тела человека ниже нормы, необходимой для поддержания нормального обмена веществ.

Первая помощь при гипотермии

5. Заведите (занесите) пострадавшего в тёплое помещение или укутайте тёплой одеждой.

6. Не растирайте пострадавшего, дайте телу постепенно согреться самостоятельно.

7. Дайте пострадавшему тёплое питьё и еду.

Не используйте алкоголь!

Переохлаждение нередко сопровождается обморожением, то есть повреждением и омертвением тканей организма под воздействием низких температур. Особенно часто встречается обморожение пальцев рук и ног, носа и ушей — частей тела с пониженным кровоснабжением.

Причины обморожения — высокая влажность, мороз, ветер, неподвижное положение. Усугубляет состояние пострадавшего, как правило, алкогольное опьянение.

Симптомы:

- чувство холода
- покалывание в обмораживаемой части тела
- затем — онемение и потеря чувствительности

Первая помощь при обморожении

1. Поместите пострадавшего в тепло.

2. Снимите с него промёрзшую или мокрую одежду.

3. Не растирайте пострадавшего снегом или тканью — так вы только травмируете кожу.

4. Укутайте обмороженный участок тела.

5. Дайте пострадавшему горячее сладкое питьё или горячую пищу.

Отравление — это расстройство жизнедеятельности организма, возникшее из-за попадания в него яда или токсина. В зависимости от вида токсина различают отравления:

- угарным газом
- ядохимикатами
- алкоголем
- лекарствами
- пищей и другие

От характера отравления зависят меры оказания первой помощи. Наиболее распространены пищевые отравления, сопровождаемые тошнотой, рвотой, поносом и болями в желудке. Пострадавшему в этом случае рекомендуется принимать по 3–5 граммов активированного угля через каждые 15 минут в течение часа, пить много воды, воздержаться от приёма пищи и обязательно обратиться к врачу.

Кроме того, распространены случайное или намеренное отравление лекарственными препаратами, а также алкогольные интоксикации.

В этих случаях первая помощь состоит из следующих шагов:

1. Промойте пострадавшему желудок. Для этого заставьте его выпить несколько стаканов подсоленной воды (на 1 л — 10 г соли и 5 г соды). После 2–3 стаканов вызовите у пострадавшего рвоту. Повторяйте эти действия, пока рвотные массы не станут «чистыми».

Промывание желудка возможно только в том случае, если пострадавший в сознании.

2. Растворите в стакане воды 10–20 таблеток активированного угля, дайте выпить это пострадавшему.

3. Дождитесь приезда специалистов.