

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

**Рабочая программа
учебной ознакомительной практики
"Уход за больными"**

для обучающихся 1, 2 курса,

направление подготовки (специальность)
31.05.03 Стоматология,

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	2 з.е. / 72 ч.
в том числе:	
контактная работа	30 ч.
самостоятельная работа	42 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Зачет / семестр 3

Тверь, 2026

Разработчики:

Зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент, Николаева Т.О.

Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, к.м.н., Изварина О.А.

Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, к.м.н., Беганская Н.С.

Внешняя рецензия дана: зам. главного врача по мед. части ГБУЗ ГКБ №1 им.Успенского г.Твери, Касьянова С.В.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней «15» мая 2026 г. (протокол № 7)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета по практикам «16» мая 2026 г. (протокол №5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2026 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа практики разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. №984.

1. Вид и тип практики

Вид практики – учебная

Тип практики – ознакомительная

2. Цель и задачи практики

Целью практики является закрепление знаний, приобретенных в процессе обучения, формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) компетенций для осуществления профессиональной деятельности в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачи практики:

1. Ознакомить студентов с организацией работы стационара;
2. Усвоить принципы медицинской этики и деонтологии, быть готовым работать в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
3. Получить в производственных условиях ознакомление с обеспечением организации ухода за больными и оказанием первичной доврачебной медико-санитарной помощи.
4. Принимать активное участие в общественной жизни стационара в период прохождения практики.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

В результате прохождения практики у обучающегося формируются общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции для успешной профессиональной деятельности:

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-10. Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными	ИОПК 10.1 Применяет основы ухода за больными различного профиля.	Знать: - основы ухода за больными различного профиля Уметь: - применять основы ухода за больными различного профиля Владеть: - навыками ухода за больными различного профиля
	ИОПК 10.2 Осуществляет организацию работы младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными различного профиля	Знать: - принципы организации работы младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными различного профиля Уметь: - организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными различного профиля Владеть: - навыками организации работы младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными различного профиля

4. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика учебная ознакомительная "Уход за больными" входит в обязательную часть Блока 2 ОПОП специалитета Стоматология.

Данная практика – это начальный этап формирования и совершенствования навыков работы медицинского персонала. В соответствии с целевыми установками федерального

государственного образовательного стандарта при прохождении данной практики, студенты должны овладеть навыками ухода за больными широкого профиля с учетом их возраста, характера и тяжести заболевания и особенностями и содержанием работы в рамках деятельности среднего и младшего медицинского персонала. В процессе прохождения данного модуля расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «стоматология».

При отсутствии данного объема знаний, умений и навыков врач не может качественно организовывать и контролировать правильность работы среднего и младшего медицинского персонала.

1) Уровень начальной подготовки обучающегося для успешного освоения модуля.

Прохождение Учебной ознакомительной практики "Уход за больными" в конце первого года обучения предполагает формирование необходимого исходного уровня знаний и умений при изучении дисциплин на кафедрах I курса.

2) Освоение практики Учебной ознакомительной практики "Уход за больными" необходимо для дальнейшего изучения следующих дисциплин и модулей:

- производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях среднего медицинского персонала (необходимы следующие разделы: манипуляции, связанные с верхними отделами желудочно-кишечного тракта; манипуляции, связанные с нижними отделами желудочно-кишечного тракта; простые лечебные манипуляции; инъекции; манипуляции, связанные с мочевыделительной системой, организация санитарно-эпидемиологического и лечебно-охранительного режимов лечебного учреждения); инфекционные болезни, оториноларингология, обезболивание в терапевтической стоматологии, неотложные состояния в стоматологии.

5. Объем практики составляет 2 зачетных единицы, 72 академических часа, в том числе 30 часов, выделенных на контактную работу обучающегося с преподавателем, и 42 часа самостоятельной работы обучающихся. Продолжительность практики составляет 1 $\frac{1}{3}$ недели (8 рабочих дней). Продолжительность рабочего дня студента на практике составляет 6 часов.

6. Образовательные технологии

В процессе преподавания практики используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: занятия с использованием тренажеров и манекенов (отработка практических навыков по уходу за больным); тренинг; выполнение навыков под руководством медработника-куратора; разбор клинических случаев.

Самостоятельная работа студентов предусматривает ведение дневника, цифрового отчета о выполненных манипуляциях, изучение литературы и подготовка реферативных сообщений, подготовка и чтение лекций больным по формированию здорового образа жизни; подготовка санпросветбюллетеней, портфолио.

7. Формой промежуточной аттестации по практике является зачет в 3 семестре.

II. Учебная программа практики

1. Содержание практики:

Учебная ознакомительная практика проводится по окончании летней экзаменационной сессии 2 семестра на базе лечебных учреждений г. Твери, а также в лечебных учреждениях по месту жительства студента. Студенты распределяются руководителем практики от университета по отделениям стационара и поликлиники лечебно-профилактических учреждений в начале учебной практики. Количество студентов в отделении определяется по согласованию с главной медицинской сестрой учреждения. Непосредственным руководителем практики в отделении является старшая медицинская сестра. Студенты выполняют работу соответственно профессиональным компетенциям ФГОС ВО.

Уход за больными включает следующие мероприятия:

1. Создание оптимальных санитарно-гигиенических условий вокруг больного и его обслуживания:

- соблюдение санитарно-гигиенического режима лечебного учреждения;
 - соблюдение лечебно-охранительного режима отделения;
 - соблюдение личной гигиены тяжелобольных;
 - оказание помощи во время приема пищи, различных физиологических отправлениях;
 - облегчение страданий больного, успокаивание, подбадривание, вселение веры в выздоровление.
2. Наблюдение за больными и проведение профилактических мероприятий:
- наблюдение за функциями всех органов и систем организма;
 - оказание первой медицинской (доврачебной) помощи (помощь при рвоте, головокружении; искусственное дыхание, непрямой массаж сердца);
 - профилактика осложнений, которые могут возникнуть при неудовлетворительном уходе за тяжелобольными (пролежней, гипостатической пневмонии).
3. Выполнение врачебных назначений:
- проведение различных лечебных процедур и манипуляций
 - проведение диагностических манипуляций (сбор мочи, кала, дуоденального и желудочного содержимого).
4. Ведение медицинской документации.

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.

Гигиена рук медицинского персонала является одной из самых важных мер инфекционного контроля, позволяющая прервать цепь передачи внутрибольничных инфекций. Частота обнаружения условно-патогенных и патогенных микроорганизмов может быть очень высокой. Часто возбудитель, выделяющийся от больного гнойно-септической инфекцией, не обнаруживается нигде, кроме рук персонала. Все это время микробы, сохраняющиеся на коже, и могут передаваться пациентам при контакте, а также контаминировать объекты окружающей среды.

Способы деконтаминации рук.

Обычное мытье рук подразумевает использование простого мыла, которое не содержит антимикробных компонентов. Очень важно соблюдать определенную технику мытья рук, поскольку специальные исследования показали, что при рутинном мытье определенные участки кожи (кончики пальцев и их внутренние поверхности) остаются контаминированными.

Способы обработки рук:

1 уровень – механическая обработка рук (социальный)

Цель: удаление с кожи большей части транзитной микрофлоры механическим методом. Антисептики не применяются.

Показания: социальная обработка рук является простым способом мытья рук и проводится:

- после посещения туалета;
- перед едой;
- перед и после физического контакта с пациентом;

Необходимое оснащение:

- жидкое дозированное мыло или одноразовое индивидуальное в кусочках;
- одноразовые чистые салфетки или электросушилка

Правила обработки рук:

- Намылить руки и ополоснуть тёплой водой, двукратно в течение 1 мин., соблюдая определённую последовательность (евростандарт EN-1500)
- Вытереть руки чистой одноразовой салфеткой.

2 уровень – гигиеническая обработка рук

Цель: уничтожение микрофлоры с рук

Производится:

- перед надеванием и после снятия перчаток;
 - перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом;
 - перед и после выполнения инвазивных процедур, ухода за раной или катетером;
- после контакта с биологическими жидкостями

Этапы гигиенической обработки рук - механическая обработка рук, дезинфекция кожным антисептиком.

Если руки не были загрязнены, то первый этап опускается, и можно сразу наносить антисептик.

3 уровень – хирургическая обработка рук

Цель – достичь стерильности рук медицинского работника сестры.

Проводится:

- перед оперативными вмешательствами;
- необходимость накрытия стерильного стола;
- перед родовспоможением;
- перед серьезными инвазивными процедурами.

Этапы хирургической обработки рук - механическая обработка, обработка специальным кожным антисептиком от ногтей фаланг до локтевого сгиба, закрытие рук одноразовыми стерильными перчатками.

Основы средств, применяемых в качестве кожных антисептиков:

- Спирты (этанол 70%, пропанол 60%, изопропанол 70%);
- Галогены и галогеносодержащие препараты (хлоргексидин биглюконат или гибитан, йодопирон, йодонат);
- Надмуравьиная кислота (рецептура С-4);
- ПАВ или детергенты.

ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЙ РЕЖИМ В ОТДЕЛЕНИИ предусматривает систему мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей болезней и создания условий, препятствующих их распространению в окружающей среде. Дезинфекция – это уничтожение в окружающей среде патогенных микроорганизмов, а также грызунов и насекомых, которые являются их переносчиками.

Виды дезинфекции:

1. Очаговая – проводится в очаге инфекционного заболевания при наличии известного источника инфекции (больного, бактерионосителя, или реконвалесцента) и может быть:

- текущей, которая проводится все время, пока в очаге остается источник инфекции. Ее цель предотвратить распространение возбудителя в окружающей среде и по возможности уничтожить его сразу после выделения из источника инфекции. Проводится силами населения (дома), или медперсонала (в лечебно-профилактическом учреждении);
- заключительной, которая проводится в очаге после того, как из очага выбывает источник инфекции. Ее цель окончательно уничтожить возбудителя в очаге инфекции и наиболее полно обеззаразить объекты, которые могли быть инфицированы микроорганизмами. Заключительная дезинфекция в соответствии с мероприятиями является более распространенной. Проводится силами медперсонала, в том числе и санитарной службы, или силами населения.

2. Профилактическая – проводится постоянно, когда источник инфекции неизвестен, но существуют реальные условия, что он может в любое время появиться. Ее цель предупредить возникновение и распространение инфекционных заболеваний и накопление возбудителей в окружающей среде. Может быть:

- плановая, которая проводится постоянно независимо от эпидемиологической ситуации;
- по эпидемическим показателям, которая проводится при наличии угрозы возникновения и распространения инфекционного заболевания.

В зависимости от объекта дезинфекции различают: собственно дезинфекция; дезинсекция; дератизация.

Дезинсекция – это уничтожение насекомых, которые являются облигатными, факультативными и пассивными переносчиками возбудителей. Методы дезинсекции: физические (в том числе, механический), химические и бактериологические.

Дератизация – это уничтожение грызунов, которые являются активными и пассивными переносчиками возбудителей инфекционных болезней. Методы дератизации: физические (в том числе, механический), химические и биологические.

Собственно, дезинфекция – это уничтожение возбудителей непосредственно на объектах окружающей среды. Методы собственно дезинфекции: механические, физические, химические, комбинированные, или смешанные (включают применение мероприятий физического и химического методов).

Методы дезинфекции:

1. Механические - удаление патогенных и условно-патогенных микроорганизмов с предметов (объекты или полностью освобождаются от микроорганизмов, или в значительной степени снижается их обсемененность) – мытье поверхностей, применение пылесоса, влажная уборка, стирка, фильтрация, протирка, проветривание, вентиляция и кондиционирование помещений; мытье рук.

2. Физические - основаны на воздействии физических факторов:

термические: кипячение, сжигание, обжиг, прожарка, высушивание, пастеризация, глажка, и т.д. – используется относительно предметов ухода за больными, посуды, нательного и постельного белья;

лучевые и волновые: применение ультрафиолетового облучения, ультразвука, радиоактивного излучения.

3. Химические - применение химических веществ (дезинфектантов) способами орошения, протирания, погружения или замачивания, засыпания сухими препаратами; используется относительно помещений, посуды, предметов ухода за больными.

Требования к дезинфицирующим средствам:

- высокая активность относительно различных групп возбудителей, обладать бактериостатическим и бактерицидным действием;
- не иметь токсичного влияния на человека, и не вызывать раздражений и аллергических реакций;
- не портить обеззараживаемые поверхности и объекты;
- не окрашивать обрабатываемые предметы;
- быть экономически выгодными и доступными;
- не иметь огнеопасных свойств;
- быть удобными в транспортировке, хранении, приготовлении и применении.

Методы контроля качества дезинфекции:

- визуальный (наличие грязи);

- химический (анализ активности дезрастворов и дезсредств: проба Вильсона, йодно-крахмальная и т.д.);

- микробиологический (бактериологический) – забор материала на выявление микрофлоры.

В проведении профилактической дезинфекции значительное место принадлежит влажной уборке помещений с применением различных дезинфицирующих веществ.

Наиболее распространенные дезинфицирующие вещества и способы их изготовления приведены в таблице. Среди них наибольшее значение имеют хлорсодержащие соединения (хлорамин). Их антимикробные свойства связаны с действием хлорноватистой кислоты, которая выделяется при растворении хлора или его соединений в воде.

Таблица приготовления дезинфицирующих растворов

Название раствора	Концентрация	Количество вещества	Объем воды
Хлорамин Б	0,5 %	5 г хлорамина	до 1000 мл
	1 %	10 г хлорамина	990 мл
	3 %	30 г хлорамина	970 мл
	5 %	50 г хлорамина	950 мл
Лизетол	4 %	40 мл препарата	960 мл
	5 %	50 мл препарата	950 мл
Лизоформин-3000	1,5 %	15 мл препарата	985 мл
	2 %	20 мл препарата	980 мл
Дезоформ	1 %	10 мл препарата	990 мл
	3 %	30 мл препарата	970 мл
	5 %	50 мл препарата	950 мл
Пресепт	0,056 %	10 таблеток по 0,5 г	до 1000 мл
Баланизол	0,25 %	2,5 мл препарата	997,5 мл
	0,5 %	5 мл препарата	995 мл
	1 %	10 мл препарата	990 мл

Приготовление растворов хлорамина

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

1. Оденьте перчатки.
2. Приготовьте мерные емкости, хлорамин.

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Наберите в мерную емкость для хлорамина нужное количество порошка. Встряхните, чтобы образовалась ровная поверхность
2. Налейте небольшое количество воды. Высыпьте порошок
3. Размешайте порошок до кашицеобразного состояния
4. Долейте воды до отметки 1 литр, размешайте

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Снимите перчатки
2. Емкость с рабочим дезинфицирующим раствором промаркируйте. На этикетке напишите концентрацию и название дезинфицирующего вещества, дату и подпись. Запомните! Теплые растворы хлорамина (40-50 °С) более активны, активный хлор в них не теряется. Рабочие дезинфицирующие растворы используйте в течение суток. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию. Их повторное использование запрещается. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

ТРАНСПОРТИРОВКА ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ВНУТРИ УЧРЕЖДЕНИЯ

Способ транспортировки тяжелообольного внутри учреждения определяет врач.

На каталке транспортировка осуществляется не менее чем 2-мя медицинскими работниками.

На носилках – не менее 4-х медицинских работников.

Транспортировка пациента на каталке/носилках.

I. ОСНАЩЕНИЕ: каталка или носилки, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пленкой – при необходимости.

II. ПОДГОТОВКА К ТРАНСПОРТИРОВКЕ.

1. Представиться пациенту, объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация предоставляется доверенному лицу пациента).
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.
3. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.
4. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пленкой (при необходимости).

III. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА КАТАЛКУ (должно осуществляться тремя медицинскими работниками):

1. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.
2. Приподнять пациента – один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голени.
3. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.
4. Укрыть пациента одеялом.

IV. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ НА КАТАЛКЕ:

1. Встать у каталки – один медицинский работник спереди каталки, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

V. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ НА НОСИЛКАХ:

1. Встать у носилок – два медицинских работника спереди носилок, два – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
2. Передвижение персонала при этом должно осуществляться не в ногу, а короткими шагами, слегка сгибая ноги в коленях, удерживая носилки.

3. Вниз по лестнице пациента необходимо нести ножным концом носилок вперед в горизонтальном положении. Вверх по лестнице пациента необходимо нести головным концом носилок вперед также в горизонтальном положении.

4. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

VI. ОКОНЧАНИЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ:

1. Поставить носилку так, как позволяет площадь палаты.

2. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).

3. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).

4. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

5. Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств.

Транспортировка пациента на кресле-каталке.

I. ОСНАЩЕНИЕ: функциональное кресло-каталка, одеяло, подушка, простыня, клеенка с пеленкой – при необходимости.

II. ПОДГОТОВКА К ТРАНСПОРТИРОВКЕ.

1. Представиться пациенту, объяснить, как себя вести при транспортировке.

2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.

3. Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.

III. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА КРЕСЛО-КАТАЛКУ (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь):

1. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.

2. Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.

3. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

4. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения.

5. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая.

Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка.

6. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке.

7. Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него.

8. Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле.

Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног

IV. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ НА КРЕСЛЕ-КАТАЛКЕ:

1. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента.

2. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.

V. ОКОНЧАНИЕ ТРАНСПОРТИРОВКИ НА КРЕСЛЕ-КАТАЛКЕ:

1. Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза.

2. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.

3. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая.

Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать.

4. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер.

5. Посадить пациента на кровать.

6. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно.

7. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная

медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

8. Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств.

Пациента, находящегося в бессознательном состоянии, дополнительно фиксируют с помощью специальных ремней или поручней каталки. Если они отсутствуют, то пациента придерживает при передвижении кто-нибудь из персонала.

В случае отсутствия каталки или невозможности ее использования пациента переносят на носилках вручную не менее 4-х человек. При появлении усталости у медицинского работника необходимо сообщить остальным участникам транспортировки, так как уставшие пальцы могут непроизвольно расслабиться.

При транспортировке тяжелобольного пациента из операционной в отделение контроль за транспортировкой осуществляет медицинская сестра – анестезистка.

Все перемещения осуществлять с соблюдением правил биомеханики тела.

СОЗДАНИЕ СОСТОЯНИЯ КОМФОРТА ПАЦИЕНТУ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА

Приготовление постели

Правильное приготовление постели и контроль за его состоянием имеет большое значение, особенно для тяжелобольных пациентов. Поэтому необходимо, чтобы:

1. Матрац был достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью.
2. На матраце должен быть надет чехол из медицинской клеенки, который дезинфицируется после смены постельного белья и при переводе пациента в другие отделения.
3. На матрац кладут чистую простыню, тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац.
4. Сверху на простыню кладут подкладную клеенку, простую и подкладную пеленку.
5. В зависимости от времени года используются байковые или шерстяные одеяла. На одеяло надевается пододеяльник.
6. Постельное белье необходимо менять после каждого пациента или по мере необходимости.

АЛГОРИТМ СМЕНИ ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ.

I СПОСОБ. (Продольный)

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния

Показания: загрязнение белья. Применяется для больных, способных повернуться на бок, но находящихся на постельном режиме.

Противопоказания: определяет врач.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

1. Наденьте перчатки.
2. Оцените положение и состояние пациента.
3. Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья.
4. Чистую простыню скатайте по длине до половины.
5. Поднимите голову пациента и уберите из-под нее подушку.
6. Подвиньте пациента к краю кровати, повернув его на бок.
7. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к пациенту.
8. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню.
9. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.
10. Уберите грязную простыню в мешок и расправьте чистую.
11. Осторожно положите подушку под голову.
12. Края простыни подверните под матрац.
13. Надеть чистый пододеяльник. Укрыть пациента.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Поместите грязный пододеяльник в мешок для белья.

2. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.
3. Снимите перчатки, погрузите в дезраствор.
4. Вымойте руки.

II. СПОСОБ (Поперечный).

Цель: соблюдение личной гигиены пациента, создание комфортного состояния.

ПОКАЗАНИЯ: загрязнение белья. Применяется для больных не способных повернуться на бок, находящихся на строгом постельном режиме.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Перчатки, комплект чистого белья, мешок для грязного белья.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Наденьте перчатки.
2. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении.
3. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища пациента, уберите подушки.
4. Быстро скатайте грязную простынь со стороны изголовья кровати, до поясицы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню.
5. На чистую простыню положите подушку и опустите на нее голову пациента.
6. Приподнимая таз, а затем ноги пациента, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.
7. Опустите таз и ноги пациента, заправьте края простыни под матрац.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Спросите пациента, удобно ли ему лежать.
2. Уберите грязную простыню в мешок.
3. Снимите перчатки, опустите в дезраствор.
4. Вымойте руки.

АЛГОРИТМ СМЕНЫ НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ (ПАЦИЕНТУ С ПОВРЕЖДЕННОЙ РУКОЙ)

1. Приготовьте чистую рубашку и мешок для грязного белья.
2. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
3. Скатайте грязную рубашку до затылка и снимите ее через голову.
4. Затем освободите здоровую руку, потом освободите поврежденную руку.
5. Чистую рубашку наденьте, начиная с поврежденной руки, в обратном порядке.
6. Грязную рубашку уберите в мешок для грязного белья.

ПРИМЕНЕНИЕ СУДНА

Цель: обеспечение физиологических отвлечений пациента

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Наденьте перчатки. Отгородите его ширмой от окружающих, подложите под таз клеенку. Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

- ширма.
- клеенка.
- судно с теплой водой.
- мочеприемник.
- туалетную бумагу.
- Перчатки.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Опустите изголовье до горизонтального уровня.
2. Встаньте сбоку от кровати и помогите пациенту повернуться на бок.
3. Если нельзя поворачиваться, то левую руку подведите сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз (ноги больного согнуты в коленях).

4. Правой рукой подведите судно под ягодицы больного, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.
5. Мужчине одновременно подайте мочеприемник.
6. Поправьте подушку, или поднимите изголовье кровати, чтобы пациент мог находиться в положении полусидя.
7. Прикройте больного одеялом и оставьте одного, договоритесь о средстве связи с вами.
8. После получения «сигнала» от пациента оденьте чистые перчатки.
9. Опустите изголовье кровати.
10. Придерживая судно правой рукой уберите его из-под пациента.
11. Вытрите область анального отверстия туалетной бумагой, смените перчатки.
12. Подставьте пациенту чистое судно, подмойте больного, тщательно осушите промежность, уберите судно и клеенку, ширму, помогите пациенту удобно лечь.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Вылейте содержимое судна в унитаз, ополосните судно горячей водой, можно добавить в судно порошок "Гигиена" или дезсредство.
2. Вылейте содержимое судна в унитаз и поместите судно в дезинфицирующий раствор (0,5% хлорная известь) на 1 час или другой регламентированный раствор.

АЛГОРИТМ ПОДМЫВАНИЯ ПАЦИЕНТКИ

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Наденьте перчатки. Помогите пациентке лечь на спину (ноги слегка согнуты в коленях и разведены), отгородите пациентку ширмой. Постелите клеенку и поставьте на нее судно

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ: кувшин с теплой водой (или антисептическим раствором), корнцанг, салфетки, клеенку, судно.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Встаньте справа от пациентки и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой в правой, лейте антисептический раствор или теплую воду на половые органы, а салфеткой производите движения сверху вниз, от лобка к заднепроходному отверстию.
2. Вначале обработайте большие половые губы, затем малые половые губы и уретру, а в конце обработайте заднюю спайку и заднепроходное отверстие (меняйте салфетки после каждого движения сверху вниз).
3. Сухой салфеткой осушите половые органы и том же направлении.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Уберите судно и клеенку, ширму.
2. Снимите перчатки.
3. Вымойте руки.

УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Ходячие больные во время утреннего туалета ухаживают за глазами самостоятельно. У тяжелобольных часто появляются выделения из глаз, склеивающие ресницы и мешающие смотреть. Таким больным необходимо ежедневно протирать глаза стерильными марлевыми или ватными тампонами, смоченными дезинфицирующими растворами.

Алгоритм обработки глаз пациенту

Цель: соблюдение личной гигиены пациента и предупреждение развития различных осложнений.

Показания: тяжелое состояние пациента.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Осмотреть глаза, оценить состояние. Помогите пациенту занять удобное положение в постели

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, раствор антисептика по назначению врача или кипяченая вода, лоток для использованного материала, емкость с дезраствором, стерильный лоток, 8-10 шариков, пинцет.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. Смочите 8 шариков одним из растворов. Слегка отожмите тампон, взяв его с лотка пинцетом, переложить в руку и протрите им ресницы и веки по направлению от наружного угла глаза к внутреннему. Сбросьте тампон в лоток для использованного материала. Возьмите пинцетом в руку тампон и повторите протирание 4 - 5 раз каждый глаз. Промокните остатки раствора сухими тампонами, по одному на каждый глаз

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

Использованный материал погрузите в дезраствор. Снимите перчатки, сбросьте в дезраствор, вымойте руки.

УХОД ЗА УШАМИ

Пациенты, находящиеся на общем режиме, самостоятельно моют уши во время утреннего ежедневного туалета. Больным на постельном режиме необходимо периодически проводить туалет наружных слуховых проходов

Удаление грязи и серной пробки

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ: перчатки, 3% р-р перекиси водорода (теплый), ватные турунды, пипетка.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Усадить больного
2. Голову пациента наклонить в противоположную сторону.
3. Оттянуть ушную раковину назад и вверх (для распрямления слухового прохода), закапать в ухо несколько капель 3%-ного раствора перекиси водорода (раствор должен быть теплым).
4. Оттянуть ушную раковину назад и вверх. Вращательными движениями ввести ватную турунду в наружный слуховой проход.
5. Сменив турунду, повторить манипуляцию.
6. Для удаления серы из ушей нельзя пользоваться жесткими предметами во избежание повреждения барабанной перепонки.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

Использованный материал погрузите в дезраствор. Снимите перчатки, сбросьте в дезраствор, вымойте руки.

УХОД ЗА СКЛАДКАМИ КОЖИ

Цель: профилактика опрелостей.

Показания: отсутствие самостоятельных навыков, ограничение двигательной активности, недержание мочи и кала.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Если пациент в бессознательном состоянии – дать необходимые разъяснения его представителям (родственникам). Помыть руки двукратно с мылом.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

Емкость с водой или другим раствором температурой 35-37°C, клеёнку с пеленкой или одноразовую влагонепроницаемую пеленку, губку (мягкую марлевую салфетку, рукавичку), полотенце, ширму.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

1. Провести профилактический осмотр подмышечных впадин, паховых складок, складок под молочными железами.
2. Эти участки кожи необходимо обмывать 2 раза в день теплой водой, затем тщательно высушивать и припудривать присыпкой.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Замочите перчатки в дезрастворе.
2. Вымыть и осушить руки.

3. Сделайте отметку о выполнении манипуляции в листе динамического наблюдения за пациентом.

ПРОЛЕЖНИ

(Отраслевой стандарт. Протокол ведения больных. Пролежни (L.89) ОСТ 91500.11.0001 – 2002 Утвержден приказом Минздрава РФ № 123 от 17.04. 02 «С целью обеспечения качества медицинской помощи пациентам с риском развития пролежней»)

Пролежни (декубитальная гангрена) – некроз мягких тканей (кожи с подкожно-жировой клетчаткой, слизистой оболочки, стенки полого органа или кровеносного сосуда и др.) в результате ишемии, вызванной неправильным механическим давлением на них.

Ишемия (местное малокровие) – уменьшение кровоснабжения участка тела, органа или ткани вследствие ослабления или прекращения притока артериальной крови.

Патогенез.

Давление в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила приводят к пролежням. Длительное (более 1–2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней.

Повреждение мягких тканей от трения возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов развития пролежней.

Выделяют три основных фактора, приводящих к образованию пролежней:

1. Давление (вследствие давления тела происходит сдавление тканей: кожи мышц между поверхностью, на которую они опираются и выступами костей).
- 2 "Срезывающая сила". Разрушение и механическое разрушение тканей происходит не под действием прямого давления. Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек вниз, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной технике перемещения пациента персоналом или родственником
- 3 Трение. Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи.

Есть и другие причины, приводящие к развитию пролежней:

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и/или кала и чрезмерная влажность;
- заболевание сосудов, приводящее к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациентов в постели;
- повышенная или пониженная температура тела;
- недостаточное белковое питание.

МЕСТА ПОЯВЛЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются.

Чаще всего: в области ушной раковины, грудного отдела позвоночника (наиболее выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток.

Реже: в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

I стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

II стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

- гнойное отделяемое;
- боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из раны. Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничные инфекции.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

- уменьшение давления на костные ткани;
- предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении («сползание» с подушек, положение «сидя» в кровати или на кресле);
- наблюдение за кожей над костными выступами;
- поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);
- обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- обучение близких.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная диагностика риска развития пролежней;
- своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в том числе по уходу.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

Оксигенотерапия - применение кислорода с лечебной целью. Подают в организм больному недостающий ему кислород с помощью специальных приборов и устройств: носовой канюли, носового катетера, кислородной маски.

Кислород – газ без цвета, вкуса и запаха, который пожаро- и взрывоопасен при интенсивном нагревании и при соприкосновении со взрывчатыми веществами, искрами или открытым пламенем.

Так как кислород очень сухой газ, он высушивает ткани и секреты, поэтому применяется в увлажненном состоянии, для чего его пропускают через воду. Вдыхание чистого кислорода может оказать токсическое действие на организм человека - сухость во рту, чувство жжения за грудиной, боль в грудной клетке, судороги и т. д. Поэтому используют чаще газовую смесь, содержащую до 80% кислорода (чаще 40-60%).

Кислород можно подать через носовую канюлю (одноразового использования), кислородную подушку, кислородную маску и носовой катетер.

Хранят и транспортируют кислород в голубых 40-литровых баллонах под давлением 150 атмосфер. Скорость потока регулируется специальным флоуметром, подающим определенное количество литров газа в минуту. Кислород может применяться под давлением не больше 2-3 атмосфер. Каждый баллон имеет клеймо с указанием товарного знака завода изготовителя, номера, массы, года изготовления, срока технического освидетельствования. К обслуживанию баллонов допускаются лица, прошедшие специальный технический инструктаж

Техника безопасности при работе с кислородом:

- избегать соприкосновения кислорода с жирами, маслами, нефтяными продуктами, запретить курение в помещении, где хранятся баллоны с кислородом;
- запретить хранение баллонов вблизи источников тепла, света;
- при наполнении кислородной подушки (при открывании вентиля) стоять сбоку от него, т.к. струя кислорода, вырвавшись, может повредить глаза. Для снижения давления кислорода на выходе из баллона баллону подключают редуктор для понижения давления.

АЛГОРИТМ ПОДАЧИ КИСЛОРОДА С ПОМОЩЬЮ ТОНКОГО РЕЗИНОВОГО КАТЕТЕРА

Показания: одышка, удушье, невозможность самостоятельного дыхания.

Противопоказания: определяет врач.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. Помогите пациенту занять удобное положение в постели

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

1. Стерильный резиновый катетер (или одноразовый), лейкопластырь, перчатки, дистиллированную воду (теплую), аппарат Боброва.
2. Уточните у пациента (если это возможно) или у его родственников понимание цели оксигенотерапии, последствия процедуры, получите его согласие.
3. Вымойте руки на гигиеническом уровне.
4. Наденьте перчатки.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Определите расстояние, на которое следует ввести катетер (оно равно расстоянию от носогубной складки до дна нижней челюсти).
2. Смочите катетер теплой стерильной водой.
3. Введите катетер в нижний носовой ход и далее в глотку на глубину, чтобы конец введенного катетера был виден при осмотре зева.
4. Наружную часть катетера прикрепите к щеке или носу больного лейкопластырем, чтобы он не выскользнул из носа или не попал в пищевод, и соедините с аппаратом Боброва и дозиметром.
5. Откройте вентиль дозиметра и подавайте кислород со скоростью 1-2 л/мин. контролируя скорость по шкале дозиметра.
6. Спросите у пациента, удобно ли он лежит.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Извлеките катетер по окончании процедуры (оксигенотерапия может продолжаться непрерывно или сеансами по 30-60 мин несколько раз в день).
2. Поместите катетер в дезраствор.
3. Снимите перчатки и поместите их в дезраствор.

АЛГОРИТМ ПОДАЧИ КИСЛОРОДА С ПОМОЩЬЮ КИСЛОРОДНОЙ ПОДУШКИ

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки. Помогите пациенту занять удобное положение в постели

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

1. Кислородную подушку, накачанную кислородом, загубник, влажную салфетку, перчатки.
2. Объясните пациенту ход предстоящей процедуры и ее значимость (если пациент в сознании), спросите его согласия на проведение манипуляции.
3. Наденьте перчатки.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Оберните загубник 2-3 раза слоем влажной салфетки.
2. Плотно прижмите загубник ко рту больному и откройте кран (при вдохе кран открывайте, при выдохе закрывайте).
3. По мере уменьшения кислорода в подушке нажимайте на подушку свободной рукой.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Спросите у пациента, удобно ли он лежит?
2. Поместите загубник в дезинфицирующий раствор.
3. Снимите перчатки и поместите их в дезраствор.

ПРОСТЕЙШИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Пузырь со льдом

Пузырь со льдом представляет из себя плоский резиновый мешочек с широким отверстием и крышкой, перед использованием заполняемый кусочками льда.

Механизм действия:

- Холод вызывает сужение (спазм) кровеносных сосудов кожи, а также кровеносных сосудов глубоко расположенных органов и тканей, что сопровождается ограничением воспаления и травматического отека тканей, уменьшением кровотечения;
- Холод снижает чувствительность нервных рецепторов

Холод оказывает действие:

- болеутоляющее
- кровоостанавливающее
- противовоспалительное

Показания:

- Кровотечение любой локализации;
- Второй период лихорадки;
- Первые сутки после ушиба;
- Острые воспалительные процессы брюшной полости;
- В послеоперационном периоде;
- Сокращение матки после родов.

Противопоказания:

- Нарушение кожной чувствительности;
- Аллергические реакции;
- Нарушение целостности кожных покровов.

Алгоритм применения пузыря со льдом

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помогите пациенту занять удобное положение в постели. Осмотрите кожу

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

- пузырь для льда,
- лед в лотке.
- ложка,
- емкость водой (14-16°C).
- полотенце

Заполните пузырь мелко наколотым льдом, долейте, вытесните воздух закрутите пробку.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Оберните пузырь со льдом полотенцем, и положите на нужный участок тела.
2. Через 20-30 минут обязательно снимите пузырь и сделайте перерыв на 10-15 минут.

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

Уберите пузырь для льда, вылейте воду из него и продезинфицируйте пузырь. Спросите у больного о его самочувствии. Вымойте руки.

Примечание: по мере таяния льда в пузыре воду сливают, а кусочки льда добавляют.

Замораживать пузырь, заполненный водой в морозильной камере нельзя, т.к. это может привести к обморожению.

Грелка

Грелка – прибор для местного воздействия на какую-либо часть организма сухим теплом. Грелка (сухое тепло) вызывает расслабление гладкой мускулатуры, усиливает кровообращение внутренних органов, оказывает болеутоляющее и рассасывающее действие. Эффект применения грелки зависит не столько от температуры грелки, сколько от продолжительности воздействия.

Грелки бывают:

- Резиновые (водяные);
- Электротермические (термоферы);
- Химические.

Показания:

- Спастические боли.
- Первый период лихорадки.
- Вторые сутки после ушиба.

- Согревание организма при охлаждении.

Противопоказания:

- Неясные боли в животе.
- Острые воспалительные процессы в брюшной полости.
- Первые сутки после ушиба.
- Повреждения кожи.
- Кровотечения любой этиологии.
- Инфицирование раны.
- Злокачественные новообразования.

Алгоритм применения грелки

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помогите пациенту занять удобное положение в постели. Осмотрите кожу.

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

1. Резиновую грелку, пеленку, горячую воду (60°C).
2. Налейте в грелку горячую воду.
3. Вытесните воздух из грелки.
4. Закрутите пробку.
5. Проверьте герметичность грелки, перевернув ее пробкой вниз.
6. Оберните грелку пеленкой.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Положите грелку на нужную поверхность тела.
2. Через 5 минут проверьте, нет ли перегревания тканей.
3. Через 20 минут снимите грелку (не следует держать ее более 20 минут непрерывно). При длительном применении грелки делайте каждые 20 минут перерыв по 15-20 минут

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Осмотрите кожу пациента (на коже должно быть легкое покраснение).
2. Снимите и продезинфицируйте грелку.
3. Спросите больного о самочувствии.
4. Вымойте руки.

Компресс

Компресс - это многослойная лечебная повязка. Он бывает сухой, и влажный. Влажный компресс бывает холодным, горячим, согревающим, лекарственным. Механизм действия – влажный согревающий компресс применяют как отвлекающее и рассасывающее средство. Компресс задерживает на месте приложения теплоотдачу и испарение. Приводит к равномерному и длительному расширению сосудов, что увеличивает приток крови к тканям, происходит уменьшение венозного застоя, а, следовательно, уменьшается отечность тканей. В результате местного согревания и рефлекторных влияний наступает активная гиперемия тканей, с которой и связан лечебный эффект. Компресс оказывает болеутоляющее и рассасывающее действие.

Показания:

- Воспалительные заболевания суставов.
- Вторые сутки ушиба.
- Воспалительные заболевания ЛОР-органов.
- Инфильтраты после инъекций.

Противопоказания:

- Заболевания кожи (гнойничковые и аллергические высыпания, нарушения чувствительности кожи).
- Температура тела выше 38°C.
- Кровотечения.
- Злокачественные новообразования.

Алгоритм применения согревающего компресса

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Помогите пациенту занять удобное положение в постели. Осмотрите кожу.

II. ПРИГОТОВЬТЕ ОСНАЩЕНИЕ:

- марля 8 слоев
- компрессная бумага
- вата
- бинт.
- 45° спирт.

III. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Смочите марлю в 45° спирте, хорошо отожмите ее
2. Приложите салфетку к поверхности кожи
3. Поверх салфетки положите компрессную бумагу
4. Поверх бумаги положите слой ваты
5. Закрепите компресс бинтом, так чтобы он плотно прилегал к телу, но не стеснял движений
6. Через 2 часа проверьте степень влажности нижней салфетки
7. Снимите компресс через 6 часов

IV. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

1. Вытрите кожу насухо, наложите сухую повязку
2. Спросите больного о самочувствии.
3. Вымойте руки

Примечание: Каждый последующий слой компресса должен быть больше предыдущего на 2 см. Перед наложением лекарственного компресса кожу необходимо смазать детским кремом или вазелином. На кожу, смазанную йодом, согревающий компресс накладывать нельзя, это может вызвать ожог.

Горячий компресс – используется горячая вода (60-70° С) на 10 минут (салфетка, бумага компрессная или кленка, вата). Через 10 минут заменить.

Холодный компресс – применяется холодная вода на 2-3 минуты. Когда салфетка согревается, ее сменяют. Механизм действия такой же, как и у пузыря со льдом.

ЛИХОРАДКА

Лихорадка – изменение тепловой регуляции, характеризующееся накоплением тепла и повышением температуры тела. Обычно возникает как общая приспособительная реакция организма на воздействие инфекционного агента.

АЛГОРИТМ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЕ

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Представьтесь. Объясните пациенту, как он должен вести себя во время термометрии, получите его согласие.
2. Приготовить полотенце, термометр, часы, ручку, температурный лист.
3. Встряхните термометр, чтобы столбик ртути опустился до отметки 35°С.
4. Осмотрите подмышечную область пациента. При наличии воспалительных процессов нельзя проводить измерение температура тела.

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Осмотреть подмышечную впадину, при необходимости – вытереть насухо салфеткой или попросить пациента сделать это.
2. Поместите термометр в подмышечную впадину так, чтобы он полностью соприкасался с кожей (пациент должен прижать плечо к грудной клетке).
3. Через 5-10 минут извлеките термометр и определите его показания.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Извлечь термометр из подмышечной впадины, произвести считывание показаний термометра, держа его горизонтально на уровне глаз.
2. Сообщите пациенту результат термометрии.
3. Запишите показания термометра в температурный лист и лист динамического наблюдения за больным (в сестринской истории болезни).
4. Встряхните термометр и погрузите в дезинфицирующий раствор.
5. Вымойте руки.

6. О лихорадящих пациентах сообщите дежурному врачу

АЛГОРИТМ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКА ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

Приготовить ручку, линейку, температурный лист (в истории болезни).

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Отметьте утреннюю температуру пациента точкой в графе «у» (утро).
2. Далее, измерив вечером температуру тела пациента, отметьте результат точкой в графе «в» (вечер).
3. Соедините точки прямой линией, получается кривая, график измерения температуры, отражающий определенный тип температурной кривой, имеющий при некоторых заболеваниях диагностическое значение.

Примечание: «Цена» одного деления по шкале «Т» в температурном листе равна 0,2°C.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОРМЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ.

Алгоритм кормления пациента в постели

Показания: невозможность самостоятельно принимать пищу.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ:

1. Уточните у пациента любимые блюда и согласуйте меню с лечащим врачом или диетологом.
2. Предупредите пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и подучите его согласие.
3. Проветрите помещение, освободите место на тумбочке, протрите ее или придвиньте прикроватный столик, протрите его.
4. Расскажите пациенту, какое блюдо приготовлено для него.
5. Вымойте руки

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Помогите пациенту принять положение Фаулера (если нет противопоказаний).
2. Помочь пациенту вымыть руки, причесаться, поправить одежду.
3. Шею и грудь пациента покройте салфеткой.
4. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.
5. Расположить тарелки с пищей в соответствии с пожеланиями пациента. При нарушении моторики подложить под тарелки нескользящие салфетки. При нарушении координации использовать посуду с защитным бортиком или иную посуду, рекомендованную специалистом по восстановительной медицине.
6. Предложить пациенту воспользоваться столовым прибором, в том числе специальной посудой для пациентов с нарушенными моторными функциями.
7. При необходимости использовать вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову); протезные или ортопедические приспособления.
8. Наблюдать за процессом питания; эффективностью пережевывания и глотания.
9. По мере необходимости заменять тарелки.
10. Дайте небольшой глоток воды и попросите его прополоскать рот.
11. Вытрите губы пациента салфеткой

Если пациент нуждается в активном кормлении

1. Приподнять головной конец кровати
2. Убедиться, что пища, приготовленная для пациента, имеет гомогенную консистенцию.
3. Придвинуть прикроватный столик к кровати пациента, сервировать стол.
4. Одной рукой приподнять голову пациента; другой поднести ложку ко рту пациента (при гемипарезе пища подносится со здоровой стороны).
5. Кормите пациента с ложки маленькими порциями или из поильника маленькими глотками (блюда - горячие (60°C), холодные (15°C)).
6. Поддерживать голову пациента в процессе жевания и глотания.
7. Поить пациента по требованию или через каждые 3-5 ложек пищи. Жидкость дается с помощью ложки или поильника.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Уберите салфетку с груди пациента
2. Помогите пациенту лечь.
3. Уберите после еды посуду и остатки пищи.
4. Вымойте руки.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА.

Цель: лечебная.

Показания: определяет врач

- отравления,
- сужение выходного отдела желудка.

Противопоказания: определяет врач:

- органическое сужение пищевода,
- острое пищеводное и желудочное кровотечение,
- тяжелые химические ожоги слизистой оболочки гортани, пищевода желудка, кислотами и щелочами,
- инфаркт миокарда,
- нарушение мозгового кровообращения.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Приготовьте все необходимое для процедуры:

- толстых желудочных зонда, соединенные стеклянной трубкой,
- воронку емкостью 0,5 – 1 л,
- роторасширитель,
- языкодержатель,
- емкость с водой для промывания (10 л),
- емкость для промывных вод,
- дистиллированную воду,
- перчатки,
- клеенчатые фартуки,
- емкость 1 л.

2. Уточнить у пациента понимание хода и цели предстоящей процедуры (если пациент в сознании) и его согласие на проведение процедуры. В случае не информированности пациента уточнить дальнейшую тактику у врача.

3. Наденьте на себя и на пациента фартуки.

4. Усадите пациента.

5. Заведите его руки за спину стула и зафиксируйте их в таком положении полотенцем или простыней (это необходимо в связи с тем, что пациент часто оказывает сопротивление при проведении этой процедуры).

6. Определите расстояние, на которое следует ввести зонд пациенту (рост пациента минус сто или расстояние от нижних резцов до пупка).

7. Наденьте перчатки.

8. Встаньте справа от пациента.

9. Введите роторасширитель между коренными зубами и слегка отведите его голову назад.

10. Правой рукой положите на корень языка пациента смоченный дистиллированной водой слепой конец зонда, предложите пациенту глубоко дышать через нос и делать глотательные движения, и проведите зонд в пищевод (это нужно делать медленно, так как поспешное введение может привести к закручиванию зонда).

Запомните: если при введении зонда больной начинает кашлять, задышаться, лицо его становится синюшным, следует немедленно извлечь зонд, он попал в трахею или гортань, а не в пищевод.

11. Доведя зонд до нужной метки, прекратите дальнейшее введение его, подсоедините воронку и опустите ее до уровня колен больного: из нее начнет выделяться желудочное содержимое, что свидетельствует о правильном положении зонда.

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Держа воронку на уровне колен больного слегка наклонно, налейте в нее воды около 1 л.

2. Медленно поднимите воронку вверх, как только вода достигнет устья воронки, опустите ее ниже исходного уровня, при этом количество выделяемой воды должно приблизительно равняться количеству выделенной.

3. Вылейте содержимое воронки в таз.

4. повторяйте пункты 5 – 7 раз до чистых промывных вод.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Отсоедините воронку от системы, извлеките зонд из желудка, обернув его салфеткой.

2. Поместите зонд, роторасширитель и воронку в дезинфицирующий раствор.

3. Снимите фартуки. Погрузите их в непромокаемую емкость.

4. Снимите перчатки.

5. Освободите зафиксированные руки пациента.

6. Умойте пациента и уложите его в постель.

7. Вымойте руки.

Запомните: промывание желудка пациенту, находящемуся в бессознательном состоянии и при отсутствии у него кашлевого рефлекса, для предотвращения аспирации жидкости проводят только после предварительной интубации трахеи, которую осуществляет врач или фельдшер.

ПОСТАНОВКА КЛИЗМ

Клизма – введение в нижний отдел кишечника различных жидкостей с лечебной целью.

Алгоритм действий при очистительной клизме.

Цель: удаление каловых масс из кишечника.

Показания: копростаз, запор, подготовка к рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевыведения, малого таза, эндоскопическому исследованию толстой кишки, перед операцией, родами, при отравлении, перед постановкой лекарственных, капельных, питательных клизм.

Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта, острые воспалительные или язвенные процессы в области толстой кишки или заднего прохода, злокачественные новообразования прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварения, трещины заднего прохода, кровоточащий геморрой.

Объясните пациенту цель предстоящей процедуры, получите его согласие на ее проведение.

Приготовьте оснащение: стойку, клеенку, перчатки, таз, судно, вазелин, ширму, перчатки нестерильные, наконечник, кружку Эсмарха, 1-1.5 л воды, 2 пары перчаток.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Налейте в кружку Эсмарха 1 – 1,5 л воды комнатной температуры (20° С), при атоническом запоре температура должна быть ниже 12°С, при спастическом – выше (до 42° С).

2. Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см. Наденьте наконечник.

3. Откройте вентиль, и слейте немного воды через наконечник, закройте вентиль.

4. Смажьте наконечник вазелином.

5. Наденьте перчатки.

6. На кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз (на случай, если пациент не сможет удержать воду в кишечнике), уложите пациента на левый бок, при этом ноги должны быть слегка согнуты в коленях и слегка приведены к животу, если пациента невозможно уложить на бок, клизму ставят в положении «лежа на спине».

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. I и II пальцами левой руки раздвиньте ягодицы, а правой рукой введите наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку вначале по направлению к пупку (3 – 4 см), а затем параллельно позвоночнику на глубину 8 – 10 см.

2. Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.

3. Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом.

4. Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлеките наконечник.

5. Подайте судно пациенту, если процедура выполняется не в специальном помещении.

6. Снимите перчатки.

7. Вымойте руки.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Наденьте перчатки.

2. Уберите судно.

3. Помогите пациенту вытереть область анального отверстия.

4. Уберите клеенку.
5. Снимите перчатки, поместите их в дезраствор.
6. Вымойте руки.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ К СПЕЦИАЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ВЗЯТИИ МАЗКА ИЗ ЗЕВА.

Цель: лечебная.

Показания: определяет врач.

Противопоказания: определяет врач.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Приготовьте:

- пробирку со стерильным тампоном,
- стерильный шпатель,
- стерильные перчатки,
- маску,
- очки,
- штатив.

2. Вымойте руки.

3. Наденьте очки, маску и перчатки.

4. Информируйте пациента о ходе предстоящей манипуляции, получите согласие на ее проведение.

5. Усадите больного лицом к источнику света.

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Сядьте напротив пациента.

2. Возьмите в левую руку шпатель и пробирку.

3. Надавите шпателем на корень языка, правой рукой за пробку извлеките из пробирки стерильный тампон.

4. Проведите тампон по дужкам и небным миндалинам (слева и справа), не касаясь слизистой оболочки рта.

5. Осторожно, не касаясь наружной поверхности пробирки, введите стерильный тампон в пробирку.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.

1. Спросите у пациента о самочувствии.

2. Снимите перчатки.

3. Вымойте руки.

4. Заполните направление в бактериологическую лабораторию.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ

Мокрота представляет собой патологический секрет, выделяющийся из дыхательных путей при кашле. Исследование мокроты имеет большое диагностическое значение.

Различают следующие основные методы исследования мокроты.

1. Общий анализ мокроты:
2. Бактериологическое исследование мокроты:
3. Анализ мокроты на наличие микобактерий туберкулёза.
4. На атипичные клетки.

Общий клинический анализ мокроты

Определяют количество, цвет, запах, консистенцию, характер мокроты; проводят микроскопическое исследование мокроты с целью обнаружения скопления клеточных элементов, кристаллов Шарко-Ляйдена, эластических волокон, спиралей Куршманна, элементов новообразований (атипичных клеток) и др.; Кристаллы Шарко-Ляйдена - образования из белковых продуктов в результате распада эозинофилов. Обнаружение их в мокроте характерно для бронхиальной астмы. Спираль Куршмана - образования, состоящие из слизи, чаще всего обнаруживаются при бронхиальной астме.

I. ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ

1. Приготовьте:

- Сухую, чистую, стеклянную емкость

- набор для чистки зубов;
- бланки направлений в лабораторию;
- авторучку;
- перчатки;

■ стакан с водой или слабым антисептическим раствором.

2. Информировать пациента о ходе предстоящей процедуры, получите его согласие на проведение процедуры.

3. Наденьте перчатки.

II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

1. Дайте пациенту чистую емкость

2. Проследите, чтобы пациент:

■ тщательно почистил зубы (утром за 2 часа до исследования), затем прополоскал рот кипяченой водой или слабым антисептическим раствором перед сбором мокроты;

■ аккуратно снял крышку с емкости и не прикасался пальцами к внутренней поверхности крышки;

■ поднес ко рту открытую емкость (не прикасаясь к ней губами) и откашлял в нее небольшое количество мокроты; Закрыв крышкой.

Пациент не должен прилагать усилия для отхаркивания, если в данный момент он не может выделить мокроту.

3. Заполните направление в клиническую лабораторию, прикрепите его к емкости с мокротой. Следует помнить, что мокроту до исследования в лаборатории можно хранить не более 1-2 час. в холодильнике при температуре +4° С. Поэтому нужно доставить материал в лабораторию как можно быстрее, снабдив его сопроводительным документом.

III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

1. Спросите больного о самочувствии.

2. Отправьте емкость с мокротой в лабораторию.

3. Уберите все лишнее.

4. Снимите перчатки.

5. Вымойте руки.

Примечание: мокроту для исследования собирают во время кашлевого толчка. Обычно собирают утреннюю порцию мокроты. Пациенту следует внушать необходимость соблюдения всех правил сбора мокроты

Бактериологическое исследование мокроты

Проводится с целью выявления в мокроте микрофлоры и определение её чувствительности к антибиотикам. Алгоритм подготовки как для общего анализа, но посуда берется стерильная в бактериологической лаборатории. На дне емкости будет соответствующая питательная среда. Мокрота собирается утром натощак, до назначения антибиотиков. Нельзя касаться внутренней поверхности посуды ни ртом, ни руками.

После откашливания мокроты, сразу же закрыть емкость крышкой. Доставить в лабораторию не позже 1-1,5 часов.

Исследование мокроты на БК методом флотации

Для исследования на микобактерии туберкулеза мокроту собирают в чистую емкость с крышкой в течение суток, а при необходимости (малое количество мокроты) в течение 3 суток, сохраняя ее в прохладном месте

Исследование мокроты на атипичные клетки

При взятии мокроты на атипичные клетки (опухолевые клетки) следует помнить, эти клетки быстро разрушаются, поэтому исследуют свежевыделенную мокроту.

Подготовка и сбор мокроты такие же как и для общего анализа. Посуда выдается стерильная.

ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Подготовка к ирригоскопии (Рентгенологическое исследование толстой кишки)

Проводится после введения в толстую кишки с помощью клизмы бариевой взвеси. Для качественного проведения исследования пациент должен выполнить определенные требования:

1. За 2-3 дня до исследования назначается бесшлаковая диета (исключить из рациона грубую пищу, содержащую клетчатку (овощи, фрукты), черный хлеб, молоко (эти продукты способствуют газообразованию)).
2. Назначить легкоусваиваемую пищу – кашу, кисели, супы, отварное мясо и рыбу.
3. При метеоризме – настой ромашки 2 раза в день, активированный уголь по 1 таб. 4 раза в день, поставить газоотводную трубку.
4. Утром натощак, за день до исследования, принять 30-50 мл касторового масла.
5. Последний прием пищи накануне не позднее 19 ч.
6. Вечером в 20 и 21 час поставить очистительную клизму.
7. В день исследования легкий завтрак.
8. За 2 часа до исследования очистительная клизма.

Применение ирригоскопии позволяет определить форму, положение, состояние слизистой оболочки, тонус и перистальтику тех или иных отделов толстой кишки и распознать различные заболевания — злокачественные новообразования, полипы, дивертикулы, кишечную непроходимость.

ПОДГОТОВКА К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ректороманоскопия — эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки. Применяя этот метод, можно обнаружить воспалительные процессы, изъязвления, геморрой, злокачественные и доброкачественные новообразования; получить мазки и соскобы со слизистой оболочки для микробиологического (при дизентерии) и цитологического (при новообразованиях) исследований, а также произвести биопсию (взятие кусочка ткани для исследования).

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. Проинформируйте пациента, что интимные участки во время исследования будут прикрыты.
2. Учтите, что исследование проводится утром натощак.
3. Последний прием пищи накануне в 19 часов.
4. В 20 и 21 час очистительные клизмы.
5. Утром очистительная клизма за 2 часа до исследования.
6. Непосредственно перед исследованием предложите ему опорожнить мочевой пузырь. (Если у пациента запор, дополнительно поставьте очистительную клизму вечером накануне исследования).
6. Проводите (доставьте) пациента в эндоскопический кабинет.

Запомните! Между подготовкой кишечника и исследованием должен быть перерыв не менее 2 ч, так как очистительная клизма изменяет на некоторое время естественный вид слизистой оболочки.

Колоноскопия — эндоскопическое исследование более высоко расположенных отделов толстой кишки. Возможность проведения такого исследования во многом зависит от тщательности подготовки кишечника пациента: если на стенках кишки осталось содержимое, достоверность результатов исследования снижается.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ:

1. За 2—3 дня до исследования пациенту назначают диету № 4 (бесшлаковую).
2. Утром натощак за день до исследования, принять 50 мл касторового масла.
3. Вечером в 20 и 21 час и утром за 2 часа ставят высокую очистительную клизму.
4. При метеоризме применять активированный уголь по 1 г 4 раза в день.
5. За 25—30 мин до исследования (по назначению врача) вводят 1 мл 0,1-процентного раствора атропина сульфата подкожно.

Другим способом очистки кишечника перед рентгенологическим и эндоскопическим исследованием выступает пероральный лаваж. Для его осуществления применяют изотонические растворы, например фортранс. Упаковка фортранса, предназначенная для одного пациента, состоит из четырех пакетов, содержащих по 64 г полиэтиленгликоля в сочетании с 9 г электролитов - натрия сульфата, натрия бикарбоната, натрия хлорида и калия хлорида. Каждый пакет растворяют в 1 л кипяченой воды. Как правило, приём первых 2 л раствора больному назначают после обеда в день, предшествующий исследованию; вторую порцию в количестве 1,5-2 л дают утром в день исследования. Действие препарата (опорожнение кишечника) не сопровождается болевыми ощущениями и тенезмами,

начинается через 50-80 мин после начала приёма раствора и продолжается в течение 2-6 ч. Опорожнение кишечника при повторном назначении фортранса утром начинается через 20-30 мин после приёма препарата. Применение фортранса противопоказано при наличии у больного неспецифического язвенного колита, болезни Крона, непроходимости кишечника, болей в области живота неустановленной этиологии.

Фиброгастродуоденоскопия

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

В настоящее время — один из важнейших диагностических методов, позволяющих с большой точностью визуально определить локализацию, характер и степень изменений в слизистой оболочке этих органов. Метод дает возможность с помощью прицельной биопсии органов получить маленький кусочек пораженной ткани для последующего гистологического исследования. Он широко используется в клинике для ранней диагностики язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, а также других заболеваний пищеварительного тракта, с успехом применяется для диагностического контроля и объективной оценки эффективности лечения.

Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки проводят с помощью гибких эндоскопов на волоконной оптике (гастродуоденоскопы). Как и при других исследованиях, подготовку пациента следует начинать с уточнения понимания им цели и хода предстоящей процедуры:

1. Проинформировать, что исследование проводится утром натощак (последний прием пищи накануне не позднее 19 ч), а также о том, что во время исследования он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну.
2. Проследить, чтобы пациент снял перед исследованием съемные зубные протезы и принес в эндоскопический кабинет полотенце.
3. По назначению врача эндоскопического кабинета за 15—20 мин до исследования проводится премедикация.
4. Не есть после исследования 1-2 часа

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Подготовка пациента к рентгенологическому исследованию пищевода зависит от показаний.

- Для выявления инородного тела в пищеводе специальной подготовки не требуется.
- Для оценки моторной функции пищевода и его контуров (выявления участков сужения и расширения, опухоли и пр.) проводят рентгеноскопию и/или серийную рентгенографию; при этом больному до исследования дают выпить рентгеноконтрастное вещество (150-200 мл взвеси сульфата бария).
- Если необходимо провести дифференциальную диагностику органического сужения и функционального поражения (спазмов пищевода), за 15 мин до исследования по назначению врача больному вводят 1 мл 0,1% раствора атропина. При наличии выраженного органического сужения пищевода по назначению врача с помощью толстого зонда и резиновой груши проводят отсасывание из пищевода скопившейся жидкости.

Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки

При рентгенологических методах исследования определяют форму, величину и подвижность желудка, обнаруживают язву, опухоль и другие патологические изменения.

В качестве контрастного вещества при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки используют взвесь сульфата бария.

Медицинская сестра должна подготовить пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки. Ранее перед рентгенологическим исследованием желудка считалось необходимым проведение специальной подготовки — соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих метеоризм, постановка очистительных клизм накануне вечером и утром в день исследования. Сейчас общепринята точка зрения, что пациенты, не страдающие запорами, не требуют специальной подготовки.

Если у пациента запор и/или метеоризм:

- уточнить у пациента понимание цели исследования и подготовки к нему;

- предложить ему (особенно если страдает метеоризмом) в течение 2—3 дней придерживаться диеты, исключающей черный хлеб, овощи, молоко и др.;
- проинформировать пациента, что исследование проводится натощак, последний прием пищи должен быть накануне не позднее 20 ч;
- вечером и утром за 2 ч до исследования поставить очистительную клизму (если пациент страдает запорами);
- помочь пациенту (в условиях ЛПУ) прийти в рентгенологический кабинет.

ПОДГОТОВКА К УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

УЗИ органов брюшной полости

1. За 3 дня до исследования необходимо исключить из рациона черный хлеб, цельное молоко, сырые фрукты и овощи, принимать в течение этих дней по 2-4 таблетки активированного угля или «Эспумизан», «Фильтрум» и т.п. по схеме прилагаемой к упаковке препарата
2. Последний прием пищи в 19ч предыдущего дня – если исследование утром, оно проводится строго натощак, если исследование проводится во второй половине дня – не принимать пищу не менее 6 часов, лучше 10 часов.
3. Нельзя проводить исследование после гастро- и колоноскопии, рентгенологических исследований ЖКТ.

УЗИ органов брюшной полости с определением функции желчного пузыря

Повторить пункты 1-3 предыдущего исследования

4. С собой взять 100-200 мл сливок не менее 10% жирности или 0,5 л кефира 3,2% жирности или 100 г шоколада.

УХОД ЗА СТОМАМИ КИШЕЧНИКА.

Когда выделение испражнений через прямую кишку невозможно, в том или ином отделе кишечника делают искусственное отверстие – стому.

Илеостома – отверстие в области подвздошной кишки. Его делают, например, при неспецифическом язвенном колите, острой кишечной непроходимости, различных травмах и др. Во время операции – илеостомии- конец здоровой подвздошной кишки выводится на поверхность живота и фиксируются там с формированием нового отверстия для выведения содержимого кишечника. Илеостома может быть как временной, так и постоянной. Обычно ее располагают в правой нижней части живота. При колостомии открытый конец здорового участка толстой кишки выводят на переднюю брюшную стенку и фиксируют там, образуя новый выход для шлаков. При этом пищеварительный тракт, также как и при илеостомии, продолжает работать нормально.

Пособие при илеостоме

ОСНАЩЕНИЕ: калоприемник, спирт этиловый 70%, гель для кожи, стерильные марлевые салфетки (ватные шарики), салфетки, полотенце или простыня, одноразовые полиэтиленовые пакеты, зажим для мешка, емкость для воды, пластырь, перчатки нестерильные, мешок для использованного белья, ведро.

ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ:

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру.
2. Помочь пациенту занять высокое положение Фаулера или попросить его встать, обернуть его простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить все необходимое.
5. Надеть нестерильные перчатки.
6. Приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на неё положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника
7. Подготовить защитное приспособление для кожи, с отверстием, строго соответствующим по диаметру отверстию стомы.

ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. Отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро.
2. Вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, высушить марлевой салфеткой.
3. Проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изъязвления.
4. Наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи, если оно не применяется, обработать кожу защитным препаратом (паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин). После его подсыхания повторите обработку.
5. Приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо Кагауа подальше от свежих разрезов в коже.
6. Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы.
7. Аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепите зажим.

ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. При необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника
 2. Поместить старый калоприемник в пакет, снять пеленку, поместить ее в пакет
 3. Использованный материал и инструменты поместить в емкость для дезинфекции.
 4. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.
 5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
 6. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.
- Примечание: Калоприемник следует опорожнять по заполнении каловыми массами и газами на $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{3}$ объёма, в противном случае может нарушиться герметичность стыка вокруг стомы.

ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ТЕЛОМ УМЕРШЕГО

Факт биологической смерти пациента констатирует врач. Он делает запись в истории болезни, указывает дату и время ее наступления. Подготовку тела умершего к переводу в патологоанатомическое отделение проводит медсестра.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ:

1. Наденьте перчатки.
2. Снимите с тела одежду и уложите его на спину без подушки с разогнутыми конечностями.
3. Опустите веки.
4. Подвяжите нижнюю челюсть.
5. Если есть, снимите с умершего ценности в отделении в присутствии лечащего врача или дежурного врача, о чем составьте акт вместе с врачом и сделайте запись в истории болезни.
6. На бедре умершего напишите фамилию, имя, отчество и номер истории болезни.
7. Накройте тело простыней и оставьте в таком положении в течение 2-х часов (до появления явных признаков биологической смерти).
8. Снимите перчатки, вымойте руки.
9. Оформите сопроводительный лист, где укажите фамилию, имя, отчество, номер истории болезни, диагноз, дату и время смерти.
10. Сообщите родственникам о смерти пациента.
11. Спустя 2 часа доставьте тело в патологоанатомическое отделение.
12. Постельные принадлежности (матрац, подушку, одеяло) сдайте в дез. камеру.
13. Кровать, стены, пол, тумбочку обработайте дез. растворами и прокварцуйте отсек, в котором находилось тело, не менее одного часа.

Учебная ознакомительная практика "Уход за больными" проводится по окончании летней экзаменационной сессии на базе государственных стационарных или амбулаторно-поликлинических лечебно-профилактических учреждений. Студенты распределяются по лечебно-профилактическим учреждениям в начале практики. Распределение студентов осуществляется в отделе учебной и производственной практики университета.

2. Учебно-тематический план

Номера	Наименование	Контактная	Самостоятельная	Всего часов
--------	--------------	------------	-----------------	-------------

разделов практики	разделов практики	работа обучающихся с преподавателем, часов	работа,	
1.	Работа в стационаре	24	30	54
2.	Работа в приемном отделении	6	12	18
	Итого:	30	42	72

3. Формы отчетности по практике:

Во время прохождения практики студентом должен быть оформлен отчет о прохождении практики, включающий следующие документы:

- характеристика студента ответственного за практику работника лечебного учреждения. Характеристика должна быть подписана старшей медицинской сестрой отделения базы практики и заверена печатью отделения.
- цифровой отчет о проведенных манипуляциях и полученных практических навыках – должен быть подписан старшей медицинской сестрой отделения базы практики и заверена печатью отделения;
- дневник практики. Дневник должен отражать работу студента на практике за каждый рабочий день с заверением подписью ответственного сотрудника отделения (дежурная медсестра с указанием должности и ФИО).
- сведения о профилактической работе студента.

Отчет должно быть оформлен в виде папки-скоросшивателя. Внутри помещаются все документы в следующем порядке: титульный лист, характеристика, цифровой отчет, дневник и сведения о профилактической работе.

III. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение №1)

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:

1. Способы санитарной обработки рук;
2. Очаговая дезинфекция;
3. Профилактическая дезинфекция;
4. Обеспечение санитарно-гигиенического режима в лечебном учреждении;
5. Обеспечение лечебно-охранительного режима в лечебном учреждении;
6. Прием и санитарная обработка больных в приемном отделении.
7. Дезинфекция мест общественного пользования и предметов санитарии.
8. Приготовление рабочих хлордезинфицирующих растворов.
9. Контроль качества дезинфекции;
10. Предстерилизационная очистка медицинских изделий;
11. Транспортировка пациента на каталке/носилках;
12. Транспортировка пациента на кресле-каталке;
13. Промывание глаз;
14. Утренний туалет глаз;
15. Закапывание капель в глаза;
16. Закладывание глазной мази из тюбика;
17. Проведение туалета ушей. Закапывание капель в уши;
18. Проведение туалета носа. Закапывание капель в нос;
19. Удаление корочек из носа;
20. Протираание полости рта;
21. Смазывание полости рта;
22. Промывание (орошение) полости рта;
23. Уход за кожей больного;
24. Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка;
25. Измерение температуры тела и регистрация данных измерения в температурном листе
26. Транспортировка больного;

27. Перекладывание больных;
28. Размещение тяжелобольного в постели;
29. Подготовка и смена нательного белья;
30. Подготовка и смена постельного белья;
31. Введение желудочного зонда;
32. Промывание желудка;
33. Кормление тяжелобольного через рот;
34. Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд;
35. Пособие при гастростомах;
36. Пособие при стомах толстого кишечника;
37. Пособие при илеостоме;
38. Выполнение очистительной клизмы;
39. Выполнение сифонной клизмы;
40. Выполнение лекарственной клизмы;
41. Катетеризация мочевого пузыря;
42. Пособие при мочеиспускании тяжелого больного;
43. Уход за внешним мочевым катетером;
44. Уход за постоянным мочевым катетером;
45. Внутрикожное введение лекарственных средств;
46. Подкожное введение лекарственных средств;
47. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного;
48. Спринцевание влагалища;
49. Пособие при дефекации тяжелого больного;
50. Подмывание больных;
51. Приготовление грелки больному;
52. Постановка горчичников;
53. Постановка банок;
54. Взятие мазка из зева;
55. Взятие мазка из носа.
56. Сбор мокроты для лабораторного исследования
57. Проведение оксигенотерапии различными методами
58. Умение пользоваться карманным ингалятором
59. Измерение артериального давления
60. Регистрация результатов исследования артериального пульса и артериального давления в температурном листе
61. Сбор мочи для лабораторного исследования
62. Измерение диуреза
63. Проведение непрямого массажа сердца.
64. Проведение искусственной вентиляции легких
65. Постановка местного согревающего компресса на конечности и ухо.
66. Постановка холодного компресса.
67. Приготовление и подача грелки больному.
68. Приготовление пузыря со льдом больному.
69. Забор рвотных (каловых) масс для исследования

Критерии оценки выполнения практических навыков.

Выполнение каждого практического навыка оценивается по четырёхбалльной системе:

- самостоятельное безукоризненное выполнение - отлично (5);
- самостоятельное выполнение с незначительной ошибкой - хорошо (4);
- выполнение с несколькими незначительными ошибками с корректирующими действиями преподавателя - удовлетворительно (3);
- невыполнение, выполнение с множеством ошибок - неудовлетворительно (2).

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест в отделениях медицинской организации и контроль правильности формирования компетенций. При

проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой.

Итоговый контроль проводится на кафедре пропедевтики внутренних болезней в результате проверки характеристики студента, цифрового отчета, дневника практики и сведений о профилактической работе студента (прочитанной студентом лекции, санбюллетеня). Все документы обязательно должны быть заверены подписью руководителя практики от медицинской организации и печатью медицинской организации.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАЧЁТОВ ПО ПРАКТИКЕ

1. Отлично: студент выполнил весь объём практических навыков согласно программе производственной практики, хорошо знает теоретические вопросы курса практики, знаком с основной литературой. Активно участвовал в санпросветработе, дисциплинирован, участвовал в общественной жизни лечебного учреждения, грамотно и аккуратно вёл документацию.
2. Хорошо: студент выполнил весь объём практических навыков, предусмотренный программой практики, хорошо знает основные вопросы теоретического курса по предмету практики, однако недостаточно активно участвовал в санпросветработе и жизни лечебного учреждения.
3. Удовлетворительно: студент выполнил лишь предусмотренный программой объём практических навыков, нетвёрдо ориентируется в теоретических вопросах предмета, проявлял недостаточную активность в санпросветработе и общественной жизни лечебного учреждения. Допускал неточности в ведении документации по производственной практике.
4. Неудовлетворительно: студент не выполнил минимума практических навыков программы производственной практики, слабо знает теоретические вопросы разделов предмета практики, недисциплинирован (неряшлив в медицинской одежде, не соблюдал санитарно-гигиенические требования, присущие врачу, недостаточно внимателен к больным, нарушал правила врачебной этики, и деонтологии, допускал пропуски без уважительных причин отдельных дней практики и др.), уклонялся от участия в общественной жизни лечебного учреждения.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения практики:

а). Основная литература:

1. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие для вузов / В. Н. Ослопов, О. В. Богоявленская. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2019. – 396 с.
2. Заликина Л. Уход за больными [Текст]: учебник. – М.: МИА, 2008. – 204. с.

б) Дополнительная литература:

1. Имитационный курс обучения основам общего ухода за больными (взрослыми) [Текст]: учебно-метод. пособие для самостоятельной подготовки студентов, обучающихся по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» / В.В. Аникин [и др.]; под ред. В.В. Аникина, Е.М. Мохова; / Тверская гос. мед. акад. – Тверь: ТГМА, 2014. – 55 с.
2. Гагунова, Е. Я. Общий уход за больными / Е.Я. Гагунова. - М.: Медицина, 2020. - 284 с.
3. Милич, М. В. Учебное пособие по специальному уходу за больными / М.В. Милич, С.Н. Лапченко, В.И. Поздняков. - М.: Медицина, 2016. - 384 с.
4. Мурашко, В. В. Общий уход за больными. Учебное пособие / В.В. Мурашко, Е.Г. Шуганов, А.В. Панченко. - М.: Медицина, 2018. - 224 с.
5. Журнал. Медицинская сестра.
6. ГОСТ Р 52623.3–2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. - М., Стандартинформ, 2015. - 214 с.
7. ГОСТ Р 52623.4-2015. Технологии выполнения простых медицинских услуг: инвазивных вмешательств. - М., Стандартинформ, 2015. - 84 с.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по практике

1. Имитационный курс обучения основам общего ухода за больными (взрослыми) [Текст]: учебно-метод. пособие для самостоятельной подготовки студентов, обучающихся по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология» / В.В. Аникин [и др.]; под ред. В.В. Аникина, Е.М. Мохова; / Тверская гос. мед. акад. – Тверь: ТГМА, 2014. – 55 с.
2. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» [Текст]: руководство / сост. М.Д. Горшков; ред. А.А. Свистунов.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 288 с.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения практики

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

1. Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
2. Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
4. Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;
5. Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений (www.informuo.ru)

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по практике, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
2. ABBYY FineReader 11.0
3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС
4. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Рукоконтекст»
8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru);
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<http://www.elibrary.ru>)

5. Методические указания для обучающихся по прохождению практики.

Учебная ознакомительная практика «Уход за больными» [Текст] : Методические указания для студентов 1 курса, обуч. по специальности 31.05.03 «Стоматология» / сост. Т.О. Николаева [и др.]; под ред. Т.О. Николаевой. – Тверь, 2022. – 18 с.

V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по практике

Приложение №2.

VI. Научно-исследовательская работа студента

Изучение специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки и техники

VII. Профилактическая работа студента. Создание портфолио.

При прохождении практики студенту необходимо проводить активную деятельность по формированию здорового образа жизни населения. Результаты этой работы каждый студент в течение всего периода заносит в свое портфолио.

В портфолио указываются какую именно деятельность студент осуществлял по формированию здорового образа жизни среди населения:

1. оформление санбюллетеней с указанием информации о том где находится этот санбюллетень + фото (можно черно-белое на листе бумаги формата А4) с подписью и печатью старшей медсестры отделения, в котором висит этот плакат;
2. электронные санбюллетени, размещаемые в социальных сетях;
3. проведение лекции с указанием где, когда проведена лекция, сколько человек присутствовало, распечатанным текстом лекции с подписью и печатью старшей медсестры отделения,
4. проведение беседы с указанием где, когда проведена беседа, сколько человек присутствовало, распечатанным текстом с ФИО и подписями пациентов, подписью и печатью старшей медсестры отделения,
5. оформление памятки для пациентов в печатном виде с подписью и печатью старшей медсестры отделения,
6. видеофильм профилактической направленности;

при этом портфолио может содержать не только информацию о проведении просветительской работы во время практики, но и вне ее

7. участие в работе студенческого отряда Милосердие,
8. участие в проекте Наркобезопасность,
9. волонтерская деятельность по формированию здорового образа жизни – проект Мобильное здравоохранение в торговых центрах;
10. участие в работе летних спортивных, оздоровительных лагерей для сопровождения групп на выезде в качестве медицинской бригады.

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы практики

Представлены в Приложении №3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения практики**

ОПК-10. Способен организовывать работу младшего и среднего медицинского персонала по уходу за больными

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь», уметь организовывать и выполнять следующие манипуляции:

- 1) Промывание глаз;
- 2) Утренний туалет глаз;
- 3) Закапывание капель в глаза;
- 4) Закладывание глазной мази из тюбика;
- 5) Закапывание капель в ухо;
- 6) Закапывание капель в нос;
- 7) Удаление корочек из носа;
- 8) Протирание полости рта;
- 9) Смазывание полости рта;
- 10) Промывание (орошение) полости рта;
- 11) Ухаживать за кожей больного;
- 12) Бритье кожи предоперационное или поврежденного участка;
- 13) Транспортировку больного;
- 14) Перекладывание больных;
- 15) Размещение тяжелобольного в постели;
- 16) Подготовку и смена нательного белья;
- 17) Подготовку и смена постельного белья;
- 18) Введение желудочного зонда;
- 19) Промывание желудка;
- 20) Кормление тяжелобольного через рот;
- 21) Кормление тяжелобольного через назогастральный зонд;
- 22) Посobie при гастростомах;
- 23) Посobie при стомах толстого кишечника;
- 24) Посobie при илеостоме;
- 25) Очистительная клизма;
- 26) Сифонная клизма;
- 27) Лекарственная клизма;
- 28) Катетеризация мочевого пузыря;
- 29) Посobie при мочеиспускании тяжелого больного;
- 30) Уход за внешним мочевым катетером;
- 31) Уход за постоянным мочевым катетером;
- 32) Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного;
- 33) Спринцевание влагалища;
- 34) Посobie при дефекации тяжелого больного;
- 35) Подмывание больных;
- 36) Подготовка грелки больному;
- 37) Постановка горчичников;
- 38) Постановка банок;
- 39) Взятие мазка из зева;
- 40) Взятие мазка из носа.

Выполнение каждого практического навыка оценивается по четырёхбалльной системе:

- самостоятельное безошибочное выполнение – отлично (5);
- самостоятельное выполнение с несколькими незначительными ошибками – хорошо (4);
- выполнение с несколькими незначительными ошибками с корректирующими действиями преподавателя – удовлетворительно (3);
- невыполнение, выполнение с множеством ошибок – неудовлетворительно (2).

ХАРАКТЕРИСТИКА

Студент _____
(фамилия, имя, отчество)

прошел учебную ознакомительную практику "Уход за больными"

в _____
(наименование ЛПУ и отделения)

в количестве _____ дней

За время прохождения практики зарекомендовал себя

Выводы, рекомендации: _____

Руководитель практики от мед. организации _____

печать отделения (учреждения)

учебной ознакомительной практики "Уход за больными"
студента (Ф.И.О.)

1 курса _____ группы стоматологического факультета,
за период с _____ по _____ 20 ____ года

[illegible]

33.	Пособие при илеостоме													
34.	Очистительная клизма													
35.	Сифонная клизма													
36.	Лекарственная клизма													
37.	Катетеризация мочевого пузыря													
38.	Пособие при мочеиспускании тяжелого больного													
39.	Уход за внешним мочевым катетером													
40.	Уход за постоянным мочевым катетером													
41.	Внутрикожное введение лекарственных средств													
42.	Подкожное введение лекарственных средств													
43.	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного													
44.	Спринцевание влагалища													
45.	Пособие при дефекации тяжелого больного													
46.	Подмывание больных													
47.	Подготовка грелки больному													
48.	Постановка горчичников													
49.	Постановка банок													
50.	Взятие мазка из зева, носа													
51.	Сбор мокроты для лабораторного исследования													
52.	Проведение оксигенотерапии различными методами													
53.	Измерение артериального давления													
54.	Термометрия с регистрацией в температурном листе													
55.	Регистрация результатов исследования артериального пульса и артериального давления в температурном листе													
56.	Сбор мочи для лабораторного исследования													
57.	Измерение диуреза													
58.	Проведение непрямого массажа сердца													
59.	Проведение искусственной вентиляции легких													
60.	Постановка компресса													
61.	Приготовление пузыря со льдом больному													
62.	Забор рвотных (каловых) масс для исследования													

Подпись студента: _____

Подпись старшей медицинской сестры _____ / _____

подпись

расшифровка

Подпись главной медсестры мед. организации _____ / _____

подпись
М.П.

расшифровка

Примечание. В третьей и последующей ячейках таблицы указывается количество выполненных манипуляций. В свободные графы практических навыков вписываются от руки манипуляции, выполняемые только в данном отделении или не вошедшие в предлагаемый список.

ДНЕВНИК
учебной ознакомительной практики "Уход за больными"
для студента 1 курса, специальность 31.05.03 Стоматология
ФИО _____, группа _____

№	Дата	Содержание практики (какие манипуляции выполнял самостоятельно, в каких участвовал), сколько времени затратил	Результат	
			отработанное время	ФИО, подпись ответственного лица на базе практики
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы практики
Учебная ознакомительная практика "Уход за больными"

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, самостоятельной работы, текущего контроля и промежуточной аттестации.	Учебные парты, стулья, классные доски, компьютеры стационарные, мультимедийный проектор. Обеспечение доступа (в т.ч. удаленного) к электронной информационно-образовательной среде организации, к электронно-библиотечной системе, к современным профессиональным базам данных (в том числе международным реферативным базам данных научных изданий) и информационным справочным системам. Инструментальный медицинский шкаф. Раковина со смесителем горячей и холодной воды. Зеркало. Шкаф для хранения наглядных пособий.

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.