

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Наименование дисциплины: «Сестринские технологии»

Специальность: 09130100 – «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 – «Медицинская сестра общей практики»

Курс: 1 курс

Семестр: I-II семестр

Вид контроля: I семестр - Д/зачет; II семестр-экзамен

Общая нагрузка всех часов / кредитов КЗ: I семестр - 120/5;

II семестр - 240/10

Аудиторные: I семестр - 24; II семестр – 24

Шымкент, 2025 г.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 2 стр из 84

Лекционный комплекс по дисциплине «Сестринские технологии» разработан с учетом приказа министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 июля 2024 года № ҚР ДСМ-63» Об утверждении государственных общеобязательных стандартов в области здравоохранения".

Преподаватель: А. К. Мадид.

Специальность: 09130100 – «Сестринское дело»

Квалификация: 4S09130103 – «Медицинская сестра общей практики»

Лекционный комплекс утвержден на заседании кафедры "Сестринское дело-2".

Протокол № 1 " 27 " 08 2025 г.

Заведующий кафедрой:  Г. Н. Айбекова.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 3 стр из 84

I семестр Лекция № 1

4.1. Тема: Введение. Философия сестринского дела. Основы медицинской этики и деонтологии.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Медицина-одна из древнейших специальностей. Он владеет богатым опытом исцеления, приобретает определенные качества, отличающиеся от других видов человеческой деятельности. С древних времен к людям, занимающимся медициной, предъявлялись особые нравственные требования. В медицине античности сформирован целый комплекс нравственных требований, которыми должны руководствоваться врачи.

В 460-377 гг. до н. э. до н. э. Гипократ, основоположник древнейшей медицины, уделявший большое внимание авторитету врача..) получили широкое распространение нравственные качества. Несмотря на значительное время (более 2500 лет) и научные достижения современности, все последующие деонтологические принципы, даже нынешние, неукоснительно повторяют содержание «Клятвы Гипократа».

В Средние века на поведение медицинских работников обращал личное внимание философ, ученый Абу Али ибн Сина (Авиценна). Авиценна был великим целителем, оставившим неизгладимый след в медицинской науке. Его основная работа "Канон врачебной науки" на протяжении пяти веков (XII-XIII) преподавалась в медицинских университетах как Востока, так и Западной Европы и переиздавалась 35 раз. Авиценна, врач должен обладать исключительными телесными и духовными качествами-бдительностью сокольника, нежными руками девушки, мудростью змеи и львиной сердечностью, - считал он.

Поведение людей в обществе отношения между ними регулируются многими нормами, правилами и обычаями.

Этика-это учение о морали и ее социальном значении. Медицинская этика-находит отклик в нравственных качествах медицинских работников. Он включает в себя набор принципов, регулирующих нормы поведения медицинских работников в зависимости от их особенностей и места, которое они занимают в обществе, и рассматривает взаимоотношения врача с больными и их родственниками, чистоту тела и души.

Составной частью медицинской этики является деонтология. Эта новая область науки возникла в начале XIX века (греч.deon - соответствующий; logos - наука, учение). Не исключено, что термин Деонтология вошел в обиход: в начале прошлого века английский философ И. Бентам взял его в уста как название науки о профессиональном поведении человека.

Медицинская деонтология-включает морально-этические основы деятельности медицинских работников, требования к их духовным и личностным качествам, ответственность перед обществом и народом, взаимодействие с больными, их родственниками, коллегами. К ним относятся вопросы профессионального роста врача, лечения с целью максимального удовлетворения потребностей пациентов, организации деятельности учреждений профилактики заболеваний. Понятие "врачебная деятельность" не может быть заперто в технических приемах. Это творческий процесс, проявляющийся в форме интеллектуального труда, так называемой «системы клинического мышления», который завершает работу врача. То есть что-то, что непосредственно касается поведения врача, восприятия предшествующей болезни, тщательного и полного обследования,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 4 стр из 84

составления достойного заключения. Врач помог больному человеку, вылечил его от болезни, восстановил трудоспособность, избавился от смерти. Для этого он должен любить свою профессию и постоянно повышать свое профессиональное мастерство. Только врач с достаточным клиническим опытом может оказать эффективную помощь.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №2

4.1. Тема: Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Лечебное отделение.

Больница состоит из лечебных отделений. Отделы лечения следующие.

А. общая сфера:

- терапевтические (при заболеваниях сердца, желудка, кишечника и др.
- Хирургические (с травмами органов движений, операциями на внутреннем строении, сотрясением головного мозга и т.д.)

Больницы, выделенные как районные, чаще встречаются в сельской местности.

Б. специальные отделения, для лечения одной болезненной системы заболеваний (сердечно-кардиологическая, легочно-пульмонологическая, травматолого-травматологическая нейрохирургическая и др.).

Дочери:

1. оказание лекарственной помощи.
2. выявление заболевания.
3. умение проводить лечение на дому или в поликлинике во время отсутствия условий для лечения.

Строительство лечебного отделения.

1. палата для пациента.
2. санитарная комната для пациента.
3. буфет для раздачи еды.
4. столовая для приема пищи.
5. лечебный кабинет (прививочная комната).
6. ординаторская (кабинет врача)
7. кабинет заведующего отделением.
8. кабинет главной медицинской сестры отделения.
9. покрывала (для чистых корпусов и постельных принадлежностей)
10. комната для палатных медсестер.
11. Место проведения манипуляции (клизмы).

Палаты терапевтического отделения должны быть просторными, светлыми, рассчитанными не более чем на 6 человек.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 5 стр из 84

Стены окрашиваются масляной краской, на пол укладывается линолеум. Палаты с самым необходимым оборудованием. Оборудуются кроватями, столами, стульями. Кровати-должны быть удобными. Больничный жихаз должен иметь мягкую, легко моющуюся поверхность.

Тяжелобольные пациенты в палатах 1-2 человек пациенты с выделением вредной мокроты.

На 25-30 пациентов будет бикинская охрана.на месте поста должны быть шкаф для лекарственных средств,стол, стул, шкаф для оборудования для ухода, морозильная камера для скоропортящихся лекарственных средств, подвижный стол для раздачи лекарственных средств, стол для приготовления различных манипуляций, раковина с носиком.

В охраняемом медсестрами месте должны быть видны все палаты.Место охраны должно находиться в контакте с тяжелобольными пациентами, иметь телефонный список всех больничных учреждений.

Для оказания медицинской помощи населению в стране создана система многочисленных лечебно-профилактических учреждений для приема и лечения больных на дому.

Лечебные учреждения делятся на два основных типа: амбулатории и больницы.К амбулаторным видам учреждений относятся амбулатории и поликлиники,оздоровительные учреждения,диспансеры,женские консультации.Помимо оказания медицинской помощи, эти учреждения выполняют большую профилактическую работу по охране здоровья населения и профилактике заболеваний.

Амбулатории:

Амбулатория-оказывает внебольничную медицинскую помощь и принимает врачей по основным специальностям.В сельской местности к амбулатории будут ближе фельдшерские пункты, врачи амбулатории будут проводить плановые выезды, проверять их работу и принимать больных.Амбулатории в районные поликлиники или

Рассматривает медико-санитарные отделы. В амбулаторных условиях медицинская помощь проводится по участковому принципу, что обеспечивает оперативное выявление больных, постоянное наблюдение за ними и своевременное оказание квалифицированного содействия,а также позволяет проводить исследования заболеваний и повышать эффективность противоэпидемических мер и санитарную обязанность на участке.

В обязанности амбулаторного врача входит подготовка кабинета и больного к приему,помощь врачу при приеме,заполнение паспортного раздела амбулаторной бумаги, выписывание рецептов, а также выполнение несложных медицинских манипуляций.

Поликлиники.

Поликлиника-лечебно-профилактическое учреждение, входящее в состав Объединенных больниц.Поликлиника имеет все диагностические кабинеты, которые оснащены современным оборудованием и новейшей аппаратурой, что позволяет обеспечить больному квалифицированную медицинскую помощь.В поликлинике принимают врачей по всем специальностям, проводят лабораторные рентгеновские и другие обследования.Больные,которые не могут прийти в поликлинику,вызывают врача на дом,получают от него квалифицированную помощь и консультации, а при необходимости госпитализируют.В каждой поликлинике есть процедурные кабинеты,где делают инъекцию(переливание лекарств), ставят правую, горчичную бумагу и т.д.Больные с хроническими заболеваниями состоят на диспансерном учете и регулярно обращаются к врачу с профилактическим осмотром.Во многих клиниках есть круглосуточные пункты неотложной помощи.

Работа врача в поликлинике заключается в следующем: подготовка к приему врачей, наклеивание результатов лабораторных исследований на амбулаторные карточки с

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 6 стр из 84

предварительной регистрацией, обеспечение первоочередного осмотра врачом высокотемпературных заболеваний.

Помощь врачу во время приема: выписывать рецепты по указанию врача, объяснять больному, как собирать и куда сдавать кровь, кал, мочу и другие исследования, как пить лекарство или как готовиться к рентгенологическому исследованию кишечника, живота, кишечника и т.д.

Проведение мероприятий по санитарной эпидемии на участке: своевременное информирование его санитарно-эпидемиологических станций (ГЭС) об острых, инфекционных заболеваниях на участке. Дисциплинировать больничные документы, состоящие на диспансерном учете, и следить за их своевременным прибытием к врачу.

Проведение просветительской работы среди жителей своего участка.

В поликлинике есть специальные кабинеты, где врачи делятся на две группы:

А. те, кто занимается в терапевтической сфере (терапевтической, педиатрической, неврологической), которые не проводят процедуры и манипуляции на приеме у врача;

Б. хирургический

в кабинетах (хирургических, отоларингологических и др.) Они выполняют различные лечебно-диагностические манипуляции и процедуры на приеме.

Участок, работая вместе с лечащим врачом, помогает ему обеспечить все виды лечебно-профилактической помощи на участке. Большую роль в организации ухода за больным и выполнении всех предписаний врача отводится мейрикешу. Помимо непосредственного ухода за больным, он дает указания больным близким, как ухаживать, как убирать и проветривать помещение. Изюм выполняет все врачебные предписания (положительная, горчичная бумага, согревающий компресс, пиявка).

Работники амбулаторий и поликлиник должны явиться на работу не позднее чем за 15 минут до начала приема врача для осмотра кабинета и рабочего стола, пополнения бланкотеки и рецептотеки врача, комплекта документов. Медики проверяют очередность, наличие талонов на прием к врачу, отвечают на их вопросы и следят за порядком, избегая разногласий.

Оздоровительный центр.

Оздоровительный центр-отделение медико-санитарных отделов или поликлиник, организованное на промышленных предприятиях, совхозах, сооружениях, высших и средних специальных учебных заведениях и профессионально-технических училищах.

Оздоровительное место может быть врачебным и фельдшерским. Наряду с оказанием первой квалифицированной медицинской помощи при внезапных поражениях и профессиональных отравлениях, оздоровительное учреждение осуществляет лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические плановые мероприятия для профилактики и снижения заболеваний, временно лишаящих трудоспособности.

В оздоровительном месте выполняются простые лечебные процедуры (перевязка, разминка, наложение на правую руку, переливание лекарств и т.д.). Здесь проводится работа по выявлению и устранению негативных факторов, вызывающих заболевания на производстве, санитарный контроль пищеблока, профилактика инфекционных заболеваний, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа среди работающих (учащихся). Медики регулярно посещают цеха и другие рабочие места, проверяют их санитарное состояние, контролируют условия труда и соблюдение техники безопасности, проводят профилактику предотвращения повреждений на производстве, оказывают доврачебную помощь, заполняют медицинские документы. Работа мейкеров выполняется по участковому принципу.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 7 стр из 84

Диспансеры.

Диспансер-лечебно-профилактическое учреждение, которое выявляет и учитывает больных с определенными заболеваниями. Кожно-венерологические против заболеваний легких,

существуют онкологические, наркологические диспансеры и противоядиевые диспансеры в эпидемических районах. В диспансерах проводится специальное лечение, проводятся диспансерные заболевания и профилактические мероприятия. Каждый диспансер ведет учет заболеваемости, следит за проведением профилактических мероприятий, организует посещение врача, выполняет патронажную работу (проведение постоянной санитарно-просветительной работы в домах больных и родственников).

Женские консультации:

Женская консультация-составное отделение родильного дома или поликлиники. Оказание акушерско-гинекологической помощи женщинам-двойникам в тот же период помимо своих обязанностей в период приема врача оказывает патронажные услуги женщинам-двойняшкам, обучает их личной гигиене и уходу за новорожденным.

Врачебно-санитарные отделы:

Врачебно-санитарная часть-городская поликлиника или больницы с поликлиникой для оказания лечебной, профилактической помощи работникам строительства и транспорта промышленных предприятий и членам их семей. Важным направлением работы врачебно-санитарных отделов является систематическое диспансерное наблюдение за состоянием здоровья работников, профилактико-врачебное обследование с целью раннего выявления и профилактики первичной формы заболевания, а также правильное трудоустройство работников, перенесших тяжелые или хронические заболевания (заболевания легких, язвы, заболевания артериального давления, т.с.с М., 2008. В целях выявления и изучения всех факторов, негативно влияющих на здоровье работающих лиц, а также санитарно-гигиенических условий труда и комплексный план мероприятий лечебно-профилактического обслуживания работников и работников можно разработать совместно администрацией и профсоюзной организацией. Врачи и врачи врачебно-санитарной части оказывают лечебную помощь рабочим, наряду с лечебной помощью работникам на производстве, ежедневно контролируют их, организуют и осуществляют профилактические мероприятия. Основным видом деятельности врачебно-санитарной части является диспансерный метод.

Изом работает цехово-участковым методом. Он организует профилактический осмотр работников, состоящих на диспансерном учете, ведет учет заболеваний, участвует в формировании санитарных активов в цехах, инструктирует членов санитарных постов, проверяет санитарное состояние столовых, буфетов, санузлов и ополаскивателей, принимает участие в приеме врача, выполняя всю работу врача поликлиники.

Станции скорой медицинской помощи:

Станции скорой медицинской помощи организованы во всех городах страны. В случае крайней необходимости оказывает медицинскую помощь населению днем и ночью. Выездная средняя медицинская сестра также помогает бригадному врачу и обязана выполнять все его задачи своевременно и быстро. Фельдшеры и медики, приступая к работе, получают спецодежду, узнают номер машины скорой помощи, которую они делают, принимают аппаратуру, ящик с медикаментами, проверяют его содержимое, а также принимают меры к исправности всего оборудования, а при недостатке или поломке-к их устранению, отмечают готовность машины к пробегу, ее санитарное состояние, готовность к радиосвязи. Должен проверить правильность. Средний медицинский работник по указанию врача должен уметь пользоваться содержимым медицинского ящика и пользоваться им, работать с аппаратами. Для этого необходимо посещать специальные

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 8 стр из 84

занятия для повышения квалификации. Средняя медицинская сестра становится непосредственным помощником врача в том месте, где ее вызывают, и неукоснительно выполняет все ее указания.

Средний медицинский работник обязан перевозить на носилках больного, который не может передвигаться как форма оказываемой медицинской помощи. Если машина не может подойти к месту происшествия, выездная бригада должна подойти к месту вызова пешком, оказать медицинскую помощь заболевшему и забрать его на машине. Эта бригада должна внимательно следить за болезнью и быть очень скромной с окружающими. Ответственный фельдшер должен своевременно выезжать к месту вызова, соблюдать указания о перевозке больных, при необходимости оказывать медицинскую помощь. При посещении ответственный фельдшер сдает имеющиеся медицинские документы (направление в больницу и т.д.) больного.

Очень тяжелые заболевания бригада обязана перевозить на носилках. Только в случаях, затрудняющих нормальный транспорт (узкая лестница, не прямые и короткие коридоры), следует оказывать особую помощь. В таком случае больного следует укутать одеялом или белой простыней, поднять руками. Внутри машины должен сидеть ответственный фельдшер. Если состояние болезни на дороге вдруг ухудшится, фельдшер окажет ему помощь, доставит в ближайшую больницу, передаст очередную дочь в приемном отделении, а полученное направление сам расписывается в листе бумаги. Пьяные или без сознания больные документы, ценные вещи, деньги и другие изделия выдаются фельдшером или фельдшером, сдаются в приемное отделение больницы и выписываются на путевке кем они были приняты. Если машина скорой помощи попадает в несчастную ситуацию на дороге, ответственный фельдшер должен остановить машину и оказать медицинскую помощь раненому и доставить ее в медицинское учреждение. По возвращении на подстанцию ответственный фельдшер передает диспетчеру сведения об исполнении врачебного вызова, который записывает его на специальную карточку. К концу очередности ответственный фельдшер выгружает из машины врачебный ящик и передает его аптеке или старшему фельдшеру для пополнения запасов, а другое оборудование передает ответственному фельдшеру, замещающему его.

Больницы-лечебно-профилактическое учреждение для прикованных к постели больных. Работа по строительству больниц осуществляется по нормативам, утвержденным Министерством здравоохранения. Современные больницы-это медицинские учреждения, оснащенные необходимыми лечебно-диагностическими аппаратами, инструментами. Основные составные части больницы: приемные, административно-хозяйственные, лечебные. К лечебным отделениям относятся диагностические и лечебные кабинеты, операционные, процедурные, перевязочные, специальные. В состав лечебного отделения также входят места для дыхания проходящих больных, буфеты и столовые и вспомогательные помещения (санузел, столовая, туалет, прачечная). Средняя медицинская дочь в больнице получает большинство лекарств от алкоголиков.

В их обязанности входит:

1. лечебно-диагностическая работа-участие во врачебном обходе, измерение температуры тела, артериального давления, пульс тяжелобольных, общее состояние болезни и физиологическое функционирование организма, при необходимости оказание неотложной доврачебной помощи, распространение и наблюдение за приемом лекарств, получение материалов для лабораторных исследований, проведение различных манипуляций и переливание лекарств;

2. Уход за больными – переодевание, смена нижнего белья, уход за полостью рта, кожей, профилактика порезов, купание, кормление тяжелобольных и др.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 9 стр из 84

3. подготовительная работа-мытьё и стерилизация медицинских приборов, подготовка медикаментов, рабочего места ;

4. Работа с документами-ведение документации врачебных обозначений, выдача направления на исследование и консультацию с лабораторными приборами, подготовка истории болезни до врачебного обхода(склеивание результата исследования дополнительной бумаги), выписка из больницы, заполнение справки и больничной бумаги (больничный лист).

В каждом отделении больницы есть врачи, которые проводят лечебные и диагностические манипуляции и процедуры: переливание лекарств в Вену, переливание крови и заменителей крови, подготовка приборов для пункции спинного мозга, взятия крови на биохимический анализ. В ряде случаев на пациентов процедурного кабинета также возлагается двенадцатиперстное зондирование, забор желудочного сока для исследования, переливание лекарств. Особое значение в совершенствовании труда процедурных помощников имеет централизованное оснащение каждого процедурного кабинета лекарственно очищенными материалами и приборами. Создание централизованной стерилизации позволяет сэкономить 15% рабочего времени ежедневных процедурных работников, что эквивалентно 2-часовому дежурству.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 3

4.1. Тема: Инфекционная безопасность. Безопасная больничная среда в медицинских организациях. Санитарно-противоэпидемический режим.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Перед поступлением больного постельное белье, тумбы, предметы для дефекации в палате протирают влажной тканью в дезинфицирующем растворе. В связи с этим, в рабочей комнате отделения будет значащая посуда с дезертиром и тряпкой. Емкость необходимо держать закрытой. Постельное белье, прошедшее камерную дезинфекцию, укладывается на постельное белье, покрывается чистым постельным бельем. Пациенту выделяются личные вещи (в зависимости от состояния заболевания): стакан ,водонагреватель и т.д. Затем тщательно моют. После выписки больного предметы личного пользования дезинфицируются.

Больному при поступлении в больницу разрешают получать гигиениальные вещества. Больные вшами проходят первичную очистку в приемной, находятся под особым наблюдением и при необходимости проходят повторную очистку для полного обеззараживания. С разрешения каждая больная может принимать гигиенический душ в своем отделении (1 раз в 7-10 дней). Боди и постельное белье меняют один раз в 7-10 дней (после принятия душа) и при наличии грязи.

Срок замены чехлов регистрируется в специальном журнале, который проводится медсестрой хозяйственного отдела. Должна быть специальная комната для подбора

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 10 стр из 84

и обсуждения покрытий. Запрещается выбрасывать использованные покрытия на пол. Помещение для подбора и обсуждения покрытий должно быть очищено от воздуха, облицовано плиткой выше 1,5 м от пола или окрашено масляной краской. При подборе плащей необходимо иметь халат, медицинскую шапочку, маску, резиновые перчатки, тапочки. После подбора чехлов помещение моют дезертиром, спецодежду отправляют в стирку, обувь и перчатки дезинфицируют. Для уборки помещений выделяются отдельно помеченное имущество и тряпки, которые после уборки дезинфицируют. Пациенты должны купаться каждое утро и вечер, перед сном. Перед едой обязательно нужно вымыть руки. Для больных, которые не встают с постели, рядом с кроватью организуется купание. В связи с этим в комнате были выбиты таблички (чайник, леген). вода и слив дезинфицируются после использования для воды. Пациентам запрещено сидеть на соседней кровати в палате, а посетителям также не разрешается сидеть на кровати пациента. При этом в палате должно быть место. Воздух в палате должен очищаться не менее 4 раз в день. Отпуск и повестка дня после обеда, установленные для больниц, должны строго контролироваться всеми пациентами и работниками больницы. В отделениях больниц должен строго соблюдаться режим охраны и порядок дня, больные и персонал не должны громко разговаривать, убирать помещения рано утром и поздно вечером. Пациентам не разрешается посещать другие отделения.

Тапочки дезинфицируют после выхода тапочек, которые находились в другом пользовании. Чистка рук обслуживающего персонала производится в соответствии с пунктом 2.14 настоящей Инструкции. В отделах соблюдается порядок и чистота. Очистка проводится 2 раза в день с использованием 2% горячего мыльно-содового раствора или 2% горячего синтетического раствора моющего средства влажным способом. На чистящее имущество отдела (ведро, тряпка) наносится пометка и используется отдельно для туалетов, палат, ванн, туалетов, процедурных кабинетов и т.д. Уборочное имущество, на котором нанесен знак, хранится в строго определенных местах и используется только для определенных целей. Уборка при отсутствии места для хранения имущества после дезинфекции уборочное место может храниться в назначенном месте. Не допускается использование этих объектов в других помещениях и других целевых мероприятиях. После использования уборочное имущество и ткань дезинфицируют и хранят в соответствующем месте. Медицинский контроль и обследование персонала отдела проводится в соответствии с действующими рекомендациями медицинского контроля. При возникновении внутрибольничного инфекционного заболевания среди больных проводится внеочередное медицинское наблюдение за всеми подопечными. В больничных отделениях проводятся мероприятия по инфекционным заболеваниям больных. При лихорадке больных (37,50 С и выше) в течение 5 дней берут кровь для проведения бактериологического исследования на предмет тифопаратифоза, риккетсиоза и других инфекций. Несмотря на первые обнаружения больных лихорадкой из тропиков за последние 2 года, кровь малярийных вредителей обязательно исследуется на предмет достоверности. Исследование такой крови:

- несмотря на полученные результаты в течение первых 5 дней при заболевании при частом повышении температуры
- при лихорадке в течение 3 месяцев после переливания крови
- у тех, кто болел малярией в анамнезе за последние 2 года, лихорадка, какой бы ни была форма заболевания
- неизвестная анемия, проводимая при росте селезенки и печени.

От выявления у больного признаков инфекционного заболевания до перевода в инфекционную больницу (отделение). его нужно изолировать в нашей палате. Больных, имеющих отношение к инфекционному заболеванию, переводят в нашу палату и до промежуточного времени за ними проводят наблюдение, при выписке больного

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 11 стр из 84

информируют об участии в инфекционном заболевании по адресу. Освобожденную палату проводят окончательную дезинфекцию средствами и силами ЛПУ по схеме.

Санитарно-эпидемиологический порядок в столовых, буфетах лечебных отделений.

1. в отделениях питания больницы должны строго контролироваться требования к устройству, приготовлению и содержанию продуктов питания, предусмотренные действующими санитарными правилами для общественного питания предприятия.

2. на видном месте пищеблоков должны висеть санитарные правила. Это правило доводится до сведения каждого работника, работающего в отделении питания больницы под руководством больницы.

3. персонал пищеблоков допускается к работе только после прохождения испытания санитарного минимума.

5. в помещениях пищеблоков категорически запрещается мыть столовую посуду в больничном отделении. Мойка столовой посуды производится в моечных буфетах отдела.

6. оборудование буфетов и пищеблоков больничных отделений должно соответствовать действующему табелю больничного и поликлинического оборудования.

7. при отсутствии возможности централизованной доставки еды и хлеба для его перевозки выделяется специальный (закрытый) транспорт, то есть не реже 1 раза в год проводится паспортизация в санэпидемических местах. Этим транспортом запрещается перевозить укрывное оборудование, больных, ж/д.

8. перевозка полуфабрикатов

9. при транспортировке готовых блюд в буфетные отделения больницы используются термос, ручная тележка, мармитовая ручная тележка или тара с плотным покрытием. Мойка и хранение их осуществляется в специально отведенном помещении рядом с пищевым блоком.

10. буфетные комнаты возле больничной части.

- система горячего водоснабжения буфета должна быть оборудована электроприводом с непрерывной подачей горячей и холодной воды, независимо от всех
- совмещенная двухсекционная моечная ванна, решетка для сушки и ополаскивания посуды;

- электроплитка и мармитовая установка для подогрева пищи.

- шкафы для хранения столовой посуды и инструментов и хранения продуктов (хлеба, соли, сахара).

- стол с гигиеновым покрытием для раздачи блюд;

- набор посуды для одного больного: одна круглая, тарелка мелкого и сладкого блюда, вилка, столовая и чайная ложка, кружка, а в детском отделении с избытком в соответствии с табелем травматизации;

- бак для варки и размораживания посуды;

- дезинфицирующие и моющие средства;

- уборочное имущество с пометкой для буфета " (ведро, тряпка, щетка и т.д.).

11. после приготовления готового блюда отводится 2 часа, включая его доставку по отделам и раздачу. При раздаче еды и транспортировке не должно быть загрязнений.

12. диетическое питание при приготовлении лечебных блюд с особыми технологическими требованиями считается благоприятным для развития патогенных микроорганизмов.

13. категорически запрещается оставлять остатки пищи, распределенные больным, в буфете, при этом остатки пищи не следует смешивать со свежими продуктами.

14. питание больным раздает дежурная медсестра или буфетчик. Еду следует раздавать в халате с надписью «для раздачи еды».

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 12 стр из 84

15.технический персонал, убирающий палаты или другие помещения, к раздаче еды не допускается.

16.больные, кроме тяжелобольных в отделениях, проводятся в специально отведенных столовых.Отдельные продукты питания пациентов (продукты из дома) хранятся в шкафу (сухой корм) на тумбочке и специальном морозильнике (скоропортящиеся продукты).

17.размер и ассортимент пищи, предоставляемой больным, принимаются с разрешения врача.

18. каждый раз после раздачи пищи в буфете и столовой тщательно очищается с использованием дезинфицирующего раствора.

19.предусматривается обезжиренность сосудов.Рассматривая пачкание посуды, моют в следующем порядке; чайную ложку и кружку, тарелки, затем столовые приборы.На видном месте буфетных комнат необходимо вывешивать посуду для дезинфекции и мытья. Мытье столовой посуды

- в тару для отходов кладут пищевые отходы с помощью щетки или лопаты;
- 45 минут дезинфицируют 0,015% раствором деохлора;
- мытье 400 подогретой водой с добавлением моющих средств;
- Промывка 400 нагретой водой с добавлением моющих средств в 2 раза меньше, чем в 1-секционной ванне;
- промыть посуду в проточной горячей воде (400);
- сушка.

Испаряет кухонное оборудование в горячей воде.

20.тряпки для мытья посуды и столов после очистки замачивают в 0,1% растворе деохлора на 60 минут, затем сушат и хранят в специально отведенном месте.

21.чистящее имущество после мытья пола наливают в ведро,используемое для этой очистки,0,1 деохлорового раствора, далее промывают и сушат в проточной воде,по мере необходимости следят за использованием имущества.

22.персонал в пищеблоке и буфете обязан соблюдать правила личной гигиены.Персонал отдела питания должен снять халат, прежде чем идти в туалет.

После туалета руки обрабатывают в растворе «Дезоксона-1» на 0,1 процента в течение 2 минут.

23.главный врач больницы отвечает за оборудование и организацию питания в отделениях и буфетах больницы.

24.ответственность за контроль санитарных требований при приготовлении и распределении пищи несут буфетчики и повара отдела; врач-диетолог осуществляет контроль санитарных требований работников отдела питания.

Порядок лечебного страхования лечебного отделения:

Эти лечебные и страховые меры призваны дать отдых силам и умам пациентов, состоят из следующего порядка:

Этот порядок образует следующие элементы:

1. обеспечение порядка охраны психики пациента;
2. строгое соблюдение правил внутренней повестки дня;
- 3.обеспечение эффективного порядка двигательной активности.

В отделении необходимо сохранять спокойствие,говорить тихо,пациентам не разрешается громко ставить радио и телевизор, младшие медперсоналы не должны нарушать тишину во время уборки помещений, в дневное и вечернее время отдыха.Пациенты должны быть обязаны соблюдать повестку дня в комнате.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 4

4.1. Тема: Дезинфекция. Виды дезинфекции.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Не всегда следует помнить, что основной принцип медперсонала порождает надежду на улучшение медицинской этики и здоровья. В лечебных учреждениях действуют 4 режима двигательной активности:

1. строгий постельный режим – для пациентов, которые изначально серьезно заболели, должны проводиться полные мероприятия по уходу.

2. постельный режим – характеризуется некоторой двигательной активностью, разрешается ломаться, опускать ноги в определенное время и садиться на край кровати.

3. Палатный порядок – разрешается сидеть на прикроватной тумбочке, стоять и в определенное время ходить внутри палаты. В палате пациента проводят кормление, дефекацию, купание.

4. Общий порядок – допускается свободное передвижение по коридору, подъем по лестнице, отдых во дворе больницы. Пациенты делают себе индивидуальный подход.

Нарушение пациентами режима двигательной активности может нанести серьезный вред самому пациенту и даже привести к летальному исходу.

Попадание инфекции в рану является одним из наиболее распространенных и наиболее распространенных осложнений любой раны. Именно поэтому все хирургические работы опираются на принцип профилактики (шактагии) основного раневого поражения. Не все, контактирующие с поверхностью раны, должны содержать болезнетворные микробы (стерилизация необходима), а также удаление микробов, попавших в рану. Для профилактики раневой сыпи и борьбы с ней в современном мире в хирургии используются поля асептики и антисептики, которые образуют единую систему страхования от инфекций.

Совокупность мероприятий, направленных на уничтожение микробов до их попадания в рану и, таким образом, предохраняющих ее от попадания в рану, называется асептикой. Основной закон асептики: уплотнение, касающееся раны, должно быть без микробов, то есть стерильным. Для достижения асептики используются, в основном, злокачественные для микробов высокие температуры (паровая, кипяченая стерилизация) и иногда различные химические вещества (спирт, йод), а также ультразвук, газы, ионизирующее выщелачивание.

Система мероприятий, направленных на уменьшение количества микробов в ране или их уничтожение, получила название антисептика.

Существуют следующие виды антисептиков:

* механические (проведение первичной хирургической обработки инфицированной раны, т. е. с целью удаления микробов и тропов):

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 14 стр из 84

* физические (наложение мокрот-жоекеевой повязки на рану, использование сушильного порошка, тампона, фитиля, тампона в виде длинной полосы жокея или фитиля в виде резиновой или пластиковой трубки, а также сушка раны с помощью воздуха). Таким образом создаются условия, снижающие всасывание токсинов токсичных веществ при неблагоприятных проникновениях разложения тканей, препятствующих выживанию и размножению микробов.

химические (бактерицидные и бактерицидные вещества, бактериологическое действие которых подавляет развитие и высыхание микробов, — антисептические вещества, обеспечивающие их пятьдесят).

Общие меры безопасности на общем рабочем месте медсестры обязанности медсестры:

- * Поддерживать уровень мытья рук.
- * Ношение перчаток при работе с биологическими жидкостями, а также кровью.
- * Мытье рук сразу после снятия перчаток.
- * Немедленный сбор разлитого или разбрызганного материала.
- * Немедленная стерилизация использованных инструментов, предметов ухода, перевязочных материалов в соответствии с нормативными документами.

Схема проведения дезинфекции в АИИ

- * Временная изоляция больного, перевод в инфекционное отделение или изолятор (в зависимости от вида инфекционного заболевания).
- * Приготовление дезинфицирующих растворов необходимой концентрации.
- * Подготовка маркированного инвентаря для обработки.
- * Стерилизация пищевых отходов, посуды.
- * Складывание предметов в клееночный мешок для камерной дезинфекции.
- * Сбор мебели в помещении для дезинфекции.
- * Протирание тепловых труб, плинтусов, стен, окон, дверей тряпкой, смоченной в дезинфицирующем растворе.
- * Сжигание или стерилизация отходов.
- * После обработки стен и мебели пол перерабатывается дезинфицирующим раствором.
- * Укладка спецодежды в клееночный мешок для камерной дезинфекции.

Цель санитарно-эпидемиологического режима-профилактика больничных (нозокомных) инфекций. Больничная инфекция-инфекционные заболевания, развивающиеся у больных в стационаре или у медицинских работников, ухаживающих и лечащих их. Она развивается вследствие нарушения правил асептики и антисептики, то есть при несоблюдении правил противодействующих мер различными возбудителями болезней. Например, грипп, вирусные гепатиты В и С и т. д. нозокомиальные инфекции - это инфекция, которая заразила людей, которые никогда раньше не были инфицированы внутри больницы, такие внутрибольничные инфекции вызываются очень стойкими микроорганизмами, потому что они выживают в среде, где используются антибактериальные препараты широкого спектра действия внутри этой больницы. Среди внутрибольничных инфекций наиболее распространенными являются стафилококки.

Одним из основных требований санитарной дисциплины к медицинским работникам является то, что она должна состоять в своевременном и регулярном медицинском осмотре медицинских работников. Во время медосмотра обязательно должны пройти флюорографию, сдать микрореакционный анализ, общий осмотр врача и пройти бактериологическое обследование работников столовой и т.д. Отметка о прохождении медицинского обследования проставляется в отдельной санитарной книжке.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 15 стр из 84

Санитарно-противоэпидемический режим имеет большое значение в любых медицинских учреждениях. Соблюдение правил санитарно-противоэпидемического режима является одной из главных задач организации лечения и ухода за больными. Создание условий специального микроклимата в лечебных учреждениях осуществляется в связи с установлением основных правил освещения, теплопередачи, очистки воздуха (температура, влажность воздуха).

Соблюдение санитарно-противоэпидемической дисциплины предусматривает поддержание в постоянной чистоте территории стационара или любого медицинского учреждения. Мусор, собранный из отделений, своевременно вывозится в металлических емкостях с плотно закрывающимися крышками.

В обязанности среднего и младшего медицинского персонала входит поддержание необходимого санитарного порядка (влажная уборка помещений стационара, поддержание в нем чистоты, санитарно-гигиеническая обработка больных). Медицинский работник должен носить чистый халат в соответствии с общим распорядком и, при необходимости, шляпу и маску. Спецодежду, постельное белье и т.д. стирают в централизованных стиральных машинах стиральными средствами и гладят в отделениях. Хирургические халаты, маски и бахилы после стирки обрабатываются в автоклаве.

Дезинфекция (обеззараживание) - меры, направленные на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний в среде обитания человека и животных. Целью дезинфекции является устранение путей распространения инфекционных заболеваний. Туры дезинфекционных мероприятий: дезинфекция, дезинсекция и дератизация. Дезинфекция уничтожает патогенные микроорганизмы в окружающей среде и веществах. Существуют предварительные (дезинфекционные) и очаговые виды дезинфекции. Предварительная дезинфекция-обеззараживание только зоны присутствия патогенных патогенов (хлорирование воды в прудах и бассейнах для плавания, дезинфекция мест скопления людей и т.д.). Дезинфекция очага (ежедневная и заключительная) проводится в очаге инфекционного заболевания, т. е. при наличии больного инфекционным заболеванием, например: в квартире или инфекционном отделении. Рядом с кроватью больного инфекционным заболеванием проводится ежедневная дезинфекционная работа по уничтожению выделенных от больного патогенных микроорганизмов. Ежедневно дезинфицирует постельное белье пациента, одежду, предметы, которые он использовал при уходе за пациентом, предметы, отделенные от пациента, и т. д. Например, при дизентерии болезнетворные микроорганизмы сильно выделяются с калом пациента и распространяются на различные вещества в окружающей среде, при брюшном тифе возбудители выделяются с калом и мочой. Поэтому стул и моча больного и предметы, которые их окружают, должны быть стерилизованы на первом месте. Заключительное обеззараживание проводится для уничтожения возбудителей болезней, которые могут оставаться на месте после удаления источника возбудителя инфекционного заболевания в очаге (после выписки больного из больницы в отделении инфекционных заболеваний или после смерти больного). Кроме того, проводится ежедневная и заключительная стерилизация. Медсестра отделения должна хорошо знать основные методы и приемы стерилизации и обучать младших медицинских работников, регулярно применяя их в своей работе.

Деконтаминация помещений и оборудования

Деконтаминация-это процесс удаления или уничтожения микроорганизмов с целью стерилизации и защиты. Он считается одним из важнейших направлений профилактики внутрибольничных инфекций. Это включает очистку, дезинфекцию и стерилизацию.

В зависимости от уровня риска загрязнения окружающей среды и оборудования различают различные уровни деконтаминации.

* К низким уровням риска относятся-нормальная кожа и предметы, которые контактировали или не контактировали напрямую с больным (стены, пол, мебель). Для контаминации достаточно их очистить.

* Средний уровень риска-оборудование (гастроэнтерологическое, гинекологическое оборудование, термометры и т.д.), не используемое для инвазивных процедур на коже, других стерильных участках организма, но зараженное вирулентными микроорганизмами, контактирующими со слизистыми оболочками или другими участками, или микроорганизмами, передающимися контактным путем. Для контаминации их необходимо очистить, а затем продезинфицировать.

* Высокий уровень риска-оборудование, используемое в инвазивных процедурах. Для контаминации их необходимо очистить, продезинфицировать, обеззаразить.

Риск заражения инфекциями, передаваемыми через кровь:

В ЛПО возможно заражение микробами более 20 патогенов. Возможность передачи травм инфицированной иглой:

-Гепатит В : 5-30%

-гепатит С : 3-10%

- СПИД: 0,2-0,3%

Варианты:

• пациент → пациент

* медицинский работник → пациент

пациент→ медицинский работник.

Риск заражения СПИДом в некоторых случаях неотложной медицинской помощи:

* травмирование инструментами, загрязненными кровью;

* попадание крови на слизистые оболочки;

* попадание крови на кожу;

Стандартные меры профилактики:

* Кровь и биологические жидкости всех пациентов считаются потенциально опасными.

* При контакте с биологическими жидкостями необходимо использовать средства индивидуальной защиты.

* После контакта с любой биологической жидкостью необходимо мыть руки.

* Соблюдать меры по предотвращению травм острыми инструментами.

Каждое терапевтическое отделение имеет процедурную комнату. Процедурная предназначена для подготовки и проведения различных мероприятий. Эти лекарственные средства проводятся по струе и капельно в Вену, мышечные и подкожные инъекции, определение группы крови и резус-фактора, забор крови из вены на клинические и биохимические анализы, а также диагностические и лечебные мероприятия (пункция грудной клетки, легочного мешка и др.) В зависимости от специфики отделения. Для выполнения обязанностей процедурной медсестры (в зависимости от штатного расписания) старшая медицинская сестра отделения выбирает специализированную медсестру (обучавшуюся 3 года) из числа медицинских сестер общего профиля, которая имеет достаточный опыт работы или окончила колледж 3 уровня. В зависимости от специфики отделения помещение мероприятия оборудовано кушеткой, стерильным столом, (1 или 2) штативом для капельниц, стеклянным шкафом для размещения лекарственных средств, мойкой рук и инвентаря и др. Стены и пол должны быть выполнены из материалов (кафель, масляная краска), удобных для частой и тщательной санитарной обработки. В процедурном помещении обязательно должны быть бактерицидные лампы для обеззараживания воздуха.

Особые обязанности, выполняемые процедурной медсестрой: осуществление и соблюдение санитарного противоэпидемического режима, это ежедневная и тщательная (1

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 17 стр из 84

раз в неделю) влажная уборка помещения с применением специальных дезинфицирующих (0,5% хлорамина или баскадай) средств по мере необходимости, но не реже 2 раз в сутки. С учетом инвазивного характера проводимых мероприятий в процедурной комнате, по графику, не реже 3 раз в день по 15-30 минут, проводится специальный порядок обеззараживания бактерицидной лампой. Формирует в процедурной комнате шприцы и системы для внутривенного введения лекарственных средств, после использования готовит к утилизации стерильные или одноразовые шприцы и иглы, инструменты. Многоразовые инструменты перед обеззараживанием промывают в дезинфицирующем растворе в одной таре. Затем в другой сосуд помещают дезинфицирующий раствор (0,5% раствор хлорамина, 0,5% жидкий раствор хлорной извести на 30-60 минут или 2,5% раствор Дезэфекта на 1 час или 2,5% раствор Лшоформина на 1 час или любой другой дезинфицирующий раствор в соответствии с инструкцией). Дезинфицирующие растворы для стирки заменяются в зависимости от их загрязнения и в соответствии с инструкцией к этому раствору. Новые обеззараживающие растворы для замачивания, такие как «Лизоформин», «Дезэфект», можно использовать до 14 дней, но их следует заменять раньше, когда они испачкаются. Вы также можете не готовить моющий раствор отдельно при использовании новых растворов.

* Перед началом работы процедурная медсестра очищает и протирает комнату влажной тканью.

* Медсестра носит халат, головной убор и моет руки.

• На обеззараженный стол укладывают и готовят приборы, то есть шприц с иглами и т.д.

* Проверяет список больных и формирует порядок их призыва к прививке.

* Медсестра начинает переливание внутривенных препаратов по указанию врача у пациентов в плохом состоянии.

* Медицинская сестра прививочной помогает врачу, готовя инструменты для забора желтой воды из плевры, живота, а также следит за состоянием пациента во время этой процедуры.

Медсестра пополняет аптечку прививочной. В прививочной должна работать медсестра, имеющая большой опыт, мастер своей профессии, хорошо разбирающаяся в прививочной работе. Медицинская сестра должна уделять внимание чистоте прививочного кабинета и помнить о чистоте своей личности.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 5

4.1. Тема: Стерилизация. Виды и методы стерилизации.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Предстерилизационная очистка

Стерилизация-один из основных способов асептики.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 18 стр из 84

Стерилизация (обеззараживание) - это радикальное уничтожение микроорганизмов и их спор, токсинов в медицинском оборудовании. На обезвреживание направляются медицинские препараты и диагностические препараты, шовные и перевязочные материалы, простыни, предметы ухода за пациентом.

Технологический процесс обеззараживания состоит из следующих этапов:

Стерилизация медицинского оборудования.

Очистка до обеззараживания.

Подготовка и расстановка материала в стерилизаторе.

Проведение самой дезинфекции.

Контроль качества обеззараживания.

Хранение обеззараженных материалов.

Очистка перед дезинфекцией состоит из V этапа:

I этап. После использования медицинских инструментов замачиваем в 1% растворе лизоформина (другие виды дезинфицирующих растворов) на 22С на 1 час.

II этап. Через 1 час промываем медицинские инструменты под проточной водой в течение 30 секунд.

III этап. Медицинские инструменты замачиваем в моющем растворе на 15 минут.

IV этап. Внутри моющего раствора чистим инструменты ватным тампоном, иглы-мандреном.

V этап. Медицинское оборудование извлекаем из моющих растворов и промываем под проточной водой. После изготовления проверяем качество чистоты медицинского оборудования.

Проверка медицинского инвентаря на чистоту перед обеззараживанием (промывочные растворы, медикаменты, ржавчина, невидимая кровь)

Тест на Азопирам

Назначение: контроль качества очистки медицинских инструментов от гемоглобина, хлорсодержащих веществ, от ржавчины, лекарственных средств.

Оснащение:

азопирам реагент: 100 мл амидопирина 1 мл солекислого анилина смешать в сухой посуде и смешать с 96% спиртом до 1л;

1% спиртовой раствор азопирама и пипетка для перекиси молока 3%;

подставка хлопчатобумажная, инструменты (контролируемые).

Обязательные условия:

применение свежеприготовленного 1% раствора азопирама в течение 2 часов;

не нарушать срок хранения азопирам: хранить в закрытой таре при температуре 4С 2 месяца

Проведение проб

ношение масок, мытье и сушка рук, ношение перчаток;

1% - ный раствор азопирама и 3% - ный перекись молока извлекаются в равных количествах отдельной пипеткой и смешиваются в чужую емкость, снаружи обозначается 1% - ным рабочим раствором азопирама;

инструменты, подлежащие контролю, держатся над ватой и сверху капают азопирам.

Если цвет раствора изменился на сине – фиолетовый, значит, в инструментах остались остатки крови. В таком случае повторяем III-IV-V этап.

Если цвет раствора меняется на ярко-красный, значит, в нем остались остатки моющего раствора. В таком случае повторяем V этап.

Если цвет раствора изменился на коричневый, то в составе инструментов были остатки раствора, лекарства, случаи ржавчины.

Тест на Фенолфталеин

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 19 стр из 84

С помощью этого теста можно определить, смываются ли шприцы. Частицы промытых шприцев протирают ватой, смоченной в растворе фенолфталеина 1% спирта. В остатке моющего раствора в течение 30 секунд появляется голубовато-фиолетовый цвет. Если проверка положительная, следует повторить под холодной водой.

Предупреждение! Прогресс при использовании моющих средств» Биолот " фенолфталеиновый тест не применяется.

VI этап. Промываем дистиллированной водой с целью удаления солей, содержащихся в медицинских инструментах.

VII этап. Сушим медицинский инструмент внутри сушильного шкафа, поместив его на 85 футов С.

После полного прохождения очистки, медицинские инструменты упаковываем в крафт-пакет, бязь и складываем в Бикс.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 6

4.1. Тема: Медицинские отходы. Классификация медицинских отходов.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

МЫТЬЕ РУК НА ГИГИЕНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

Назначение: удаление или уничтожение транзитной микрофлоры. Обеспечение инфекционной безопасности больного и медицинского персонала.

Показания к применению: перед и после выполнения инвазивных процедур, перед надеванием и снятием перчаток, после контакта с биологической жидкостью организма и возможного микробного заражения, перед проведением ухода за больным с ослабленным иммунитетом.

Подготовьте: мыло для посуды в дозаторе для одноразового использования, 70% этиловый спирт, часы с секундным язычком, теплую проточную воду, бумажное полотенце, контейнер для безопасного удаления.

Алгоритм действий:

1. снимите кольцо, кольцо, часы и другие украшения с пальцев рук.

2. проверьте целостность кожи рук.

3. Оберните рукава халата, загибая до 2/3 запястья.

4. с помощью бумажных салфеток откройте водопроводный кран и отрегулируйте температуру воды на 35-40°C. Он защищает контакт рук с микроорганизмами, находящимися в носике.

5. при комфортном среднем течении теплой воды энергично намыливайте руки до 2/3 предплечья и тщательно мойте их:

- ладонью ладони;
- наружную поверхность левой руки правой ладонью и наоборот;
- ладонь ладонью, пальцы одной руки между пальцами другой;

наружная поверхность пальцев правой руки по ладони левой руки и наоборот;

- трите большие пальцы круговыми движениями;

- соедините кончики пальцев левой руки вместе круговыми движениями в правую ладонь и наоборот.

Каждое действие повторяется не менее 5 раз в течение 10 секунд.

6.ополосните руки под проточной теплой водой, пока мыло полностью не исчезнет. Поднимите руки выше уровня локтя (в этом положении вода течет из чистой зоны в грязную).

7.закройте носик правым или левым локтем руки.

8.вытрите руки бумажным полотенцем. Если у вас нет локтевого крана, закройте кран бумажным полотенцем.

Примечание:

- при отсутствии необходимых условий для гигиенического мытья рук их можно очистить с помощью антисептика;

- нанесите 3-5 мл антисептического средства на сухие руки и втирайте его в кожу рук, пока она не высохнет. Не нужно вытирать руки после чистки! Также важно соблюдать время воздействия-руки должны оставаться влажными с антисептиком не менее 15 секунд;

- при очистке поверхности кожи сохраняется принт «от чистого к грязному»;

- вымытые руки нельзя касаться других предметов.

Ношение обеззараженных перчаток

Цель: обеспечение инфекционной безопасности больного и медицинского работника.

- При контакте с больными или их выделениями перчатки снижают риск профессионального заражения.

- Перчатки снижают риск заражения рук сотрудников транзитными патогенами и последующего их распространения среди больных.

- Перчатки снижают риск заражения больных микробами, являющимися частью резидентной флоры рук медицинских работников.

Показания к применению: при выполнении инвазивных процедур, контакте с любыми биологическими жидкостями, нарушении целостности кожи пациента и медицинского персонала, при эндоскопических исследованиях и манипуляциях, при работе с материалами, полученными от пациентов в клинко - диагностических, бактериологических лабораториях, при инъекциях, уходе за больным.

Подготовьте: перчатки в обеззараженной упаковке, контейнер для безопасного удаления.

Алгоритм действий:

1.очистите руки на гигиеническом уровне и обработайте руки антисептиком.

2.возьмите перчатки из дезактивированной упаковки и запишите складку.

3.Снимите припуск перчатки для правой руки левой рукой. Пальцы не должны касаться внутренней поверхности перчатки.

4.выдавите пальцы правой руки и вставьте их в перчатку.

5.отсоедините пальцы правой руки и наденьте перчатки на руки, не ломая воротник перчатки.

6.вставьте 2-й, 3-й, 4-й пальцы правой руки под лацкан левой перчатки, в надеваемой перчатке 1-й палец правой руки, 1-й палец левой перчатки должен быть направлен в сторону.

7.2-м, 3-м, 4-м пальцами правой руки надень левую перчатку вертикально.

8.сожмите пальцы левой руки и вставьте их в перчатку.

9.отсоедините пальцы левой руки и наденьте перчатки на руки, не сгибая воротник перчатки.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 21 стр из 84

10.напишите припуск на левую перчатку, потяните его к рукаву, а затем с помощью 2-го и 3-го пальцев вправо потяните перчатку под согнутым краем.

Примечание: если одна перчатка повреждена, необходимо заменить обе перчатки, так как одна перчатка не может быть снята без загрязнения другой

Снятие перчаток

Алгоритм действий:

1.проведите пальцами правой руки по левой перчатке, касаясь только ее внешней стороны, сидя.

2.пальцами левой руки прикоснуться к правой перчатке, только к ее внешней стороне, сидя.

3.снимите перчатку на левой руке, перевернув ее отрицательно.

4.возьмитесь за правую руку в перчатке, которую вы сняли левой рукой.

5.левой рукой возьмитесь за правую перчатку с внутренней стороны отвала.

6.снимите перчатку на правой руке, вращая ее отрицательно.

7.Поместите обе перчатки (левая перчатка должна находиться внутри правой перчатки) в контейнер для безопасного удаления.

Примечание: одноразовые перчатки после стерилизации
многократные перчатки используются в медицине
обрабатываются из них.

Профилактика профессиональных инфекций в процедурных кабинетах:

1.использовать инструменты, которые вы используете, по возможности, один раз во время работы.

2.при заболеваниях, передающихся через кровь или биологическую жидкость больного, следует надевать перчатки, маску, клееночный фартук, а также перевязывать лейкопластырем и носить пальчиковый мешок при наличии травм.

3.Не мойте руки щеткой.

4.для мойки, регулировки медицинского оборудования и предметов канализации необходимо сначала промыть их в резиновых перчатках.

5.строгое соблюдение правил личной гигиены. После каждого мероприятия, а также при парентеральных прививках, после забора крови необходимо 2 раза тщательно вымыть руки с мылом в проточной воде. Руки необходимо протирать отдельным полотенцем или одноразовым полотенцем.

6.рабочее место должно быть обеспечено свежеприготовленными дезинфицирующими растворами. Поверхность рабочего стола в конце работы необходимо обработать 3% раствором хлорамина.

7.в процедурной должна быть аптечка.

8.направление, выписанное в лабораторию, должно быть приклеено к внешней стороне пробирки, не касаясь крови в пробирке.

9.обязательное обозначение пробирки с кровью, взятой для анализа у больных хроническим гепатитом В и носителей HbsAd.

10.медицинские работники, имеющие контакт с кровью в профессиональной деятельности, перед поступлением на работу и во время работы один раз в год проходят обследование для выявления HbsAd. В случае выявления HbsAd врач-инфекционист проводит углубленное клиническое исследование. Медицинские работники, имеющие Hbs-антиген, удаляются от работ по переливанию, переработке крови.

11. при работе с биологической жидкостью, подверженной риску заражения ВИЧ, следует соблюдать осторожность:

- кровь и ее составляющие: спинномозговая жидкость, амниотическая жидкость, т. рыттыкская жидкость:

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 22 стр из 84

- молоко, вагинальная жидкость, моча, слюна, железистая жидкость, кал, желудочный сок.

Проведение общей уборки иглопробивного помещения

Необходимые предметы:

Ведро, швабра, мерки, тряпка для мытья полов, дезактивированная тряпка, гидропульт, мыло, кальцинированная сода, дезинфицирующий раствор, мерные емкости, халат, полотенце, фартук, резиновые варежки.

Действия:

- 1.завязать платок, надеть халат, фартук, варежки.
- 2.необходимо разработать один из стерилизационных растворов: 1% раствор гипохлорида кальция или другой стерилизующий раствор.
- 3.приготовить 2% мыльно-содовый раствор (200 грамм мыла, 200 грамм кальцинированной соды, 9 л 600 мл воды).
- 4.подготовьте комнату: отодвиньте мебель и предметы от стены к центру.
- 5.ткань обмакивают в один из дезинфицирующих растворов и протирают предметы и оборудование. Распылите дезинфицирующий раствор на стены и потолок, пол и накройте комнату на 1 час.
- 6.в таком порядке протирают 2% мыльным содовым раствором.
- 7.все нужно промыть чистой водой.
- 8.протрите насухо обеззараженной тканью.
- 9.наденьте чистое платье и положите мебель и инструменты на место.
- 10.включите бактерицидную лампу на 2 часа.
11. проветрите комнату (20-30 минут).
- 12.средства для уборки дезинфицируйте, ополаскивайте водой, сушите и храните в специальном помещении.

Предупреждение!Комнаты терапевтической направленности (палаты, коридоры, врачебные комнаты, комнаты для медицинских работников, койко-места) раз в месяц, а комнаты хирургической направленности (палаты для инокулятивных, перевязочных, операционных, хирургических пациентов, родильные залы, палаты для новорожденных и недоношенных детей, для инфекционных заболеваний боксы, бактериологические и вирусологические лаборатории) проводится генеральная уборка один раз в неделю.

Цель проведения проточной уборки помещения:

- * Соблюдение санитарно-гигиенических требований;
- * Профилактика внутрибольничных инфекций.

Уборка стока в лечебно-оздоровительных учреждениях проводится влажным способом два раза в день, в некоторых случаях чаще. В средствах сбора (ведро, мера, тряпка, швабра) должны быть указаны тип сбора и название помещения, и они должны использоваться в своих целях, храниться отдельно по применению.

Организация безопасности труда

- использование медицинского оборудования с удобными и защитными устройствами;
- избегать использования опасных медицинских инструментов, если есть возможность заменить их на безопасные и эффективные;
- выбрасывать в специальные контейнеры после использования, не надевая колпачок на иглу шприца;
- хранение и транспортировка использованных игл в специальных контейнерах.

Правила подачи острых, заостренных предметов:

- не передавать инструменты из рук в руки;
- сказать» положу«,» возьму".

Безопасный инвентарь с инженерной защитой в целях предотвращения травм:

- Шприцы с ретракционными иглами СР;
- Защитной крышкой скальпеля;
- Специальный контейнер для хранения игл;
- Вакуумные пробирки для забора крови;

Особенности работы медсестры в условиях риска заражения вирусной и бактериальной инфекцией, передающейся через кровь и другие биологические жидкости пациента

* При выполнении манипуляции при попадании биологических субстратов на кожу, слизистую глаз, слизистую носа, кожу лица, одежду медсестры наносится шкатулка в аварийном состоянии.

После выполнения манипуляции медсестра обязательно должна выполнить:

Дезинфекция оборудования и перевязочных материалов (одним из указанных дезинфицирующих растворов):

- В 3% хлорамине -60 минут;
- 1,5% гипохлорид кальция -60 минут;
- 4% перекись водорода -20 минут.

Очистка, подготовка и обезвреживание медицинского оборудования перед его обезвреживанием.

Обработка рабочего стола после манипуляции 3% раствором хлорамина (2 раза) или другим рекомендуемым раствором.

Снятие резиновых перчаток после мытья рук в емкости с дезинфицирующим раствором.

Надевание резиновых перчаток на дезраствор.

Халат, лицо снять занавеску и положить в резиновый мешок для грязной одежды.

Мыть руки под проточной водой с мылом (2 раза), сушить.

Примечание: при загрязнении рабочего стола кровью во время манипуляции необходимо обработать тряпкой (2 раза – по 15 минут), смоченной в 6% растворе перекиси молока и 0,5% моющем растворе.

По окончании работы рабочий стол 2 раза обрабатывают 3% хлорамином, ткань замачивают в 3% хлорамине на 60 минут.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 7

4.1. Тема: Приемное отделение. Прием больного в больницу.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

1. отделение ожидания – для больных, людей, которые их привезли. Здесь должно быть кресло, достаточное количество стульев, телефон справочной службы больницы.

2. кабинет дежурной медицинской сестры – это место для вновь прибывших больных

проводится регистрация, заполнение необходимой документации.

3. смотровые кабинеты-предназначены для осмотра больных врачами (терапевтом, хирургом, гинекологом).

4. процедурный кабинет.

5. опознавательная, малая операционная часть.

6. санитарный проводник – комната для санитарной обработки больных (ванна, переодевание).

7. укромная комната-комната для больных с отдельным туалетом, диагнозы которых не установлены.

8. рентгеновский кабинет.

9. Лаборатория,

10. туалет.

Кабинеты врачебных предварительных осмотров обеспечиваются белыми простынями для каждого больного. Имеются необходимые инструменты для оказания скорой медицинской помощи. Весь кабинет приемного отделения должен иметь прямой естественный свет. Температура в помещении не должна быть ниже 25°С, чтобы больной не тонировал во время переодевания. Рядом с каждым саженцем в кабинете предварительного осмотра должна быть деревянная решетка. Помещение для хранения больной одежды (узел) должно располагаться в непосредственной близости от приемного отделения. Качество ухода за больными зависит от поведения медицинских работников и правильной организации труда. За последние годы количество медицинских работников в приемном отделении изменилось. Повышены требования к качеству ухода, увеличены виды лекарственной помощи, улучшена аппаратура снабжения. В связи с этим усилились требования к средним медицинским работникам к их общей специальной подготовке. Правильно и точно поставленная работа приемного отделения во многом определяется работой больницы. Кабельные отделения должны быть обеспечены удобными прямыми носилками и носилками на колесах (каталка) для перевозки больных, а также верхней одеждой в соответствии с сезоном года для сопровождающих больных. Носилки и колесные носилки должны быть обеспечены в достаточном количестве наволочками, простынями и сайсепами, которые необходимо заменять после каждой болезни. Работа приемного отделения ведется с определенной регулярностью: Регистрация заболевания, врачебный предварительный осмотр, санитарная промывка. Приемное отделение также должно располагаться в таком же порядке.

После регистрации заболевания, не имеющего быстро распространяющегося инфекционного заболевания, проверяется на наличие, после чего врач ставит прогнозный диагноз и устанавливает вид санитарной промывки, после чего его провожают в санитарную пропускную комнату.

Обязанности медсестры в приемном отделении.

1. прием и регистрация клиентов.

Обследование больных, первичное исследование постановка диагноза. Санитарно-гигиеническая обработка вновь поступивших больных.

2. оказание медицинской помощи.

3. перевозка больных в процедурные кабинеты больницы.

В обязанности изюмчика входит:

1. урегулирование поступивших в отделение больничных документов.

2. поверхностный осмотр для выявления отсутствия больных и различных инфекционных заболеваний;

3. проводы больного в кабинет врача;

4. санитарно-гигиенические . промывание;

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		
		80-11-2025 () 25 стр из 84

5.провоз больного до отделения.

Регулирование принятых документов о заболевании означает заполнение паспортного раздела истории болезни, в котором записываются фамилия, инициалы, место жительства, возраст, специальность, время поступления в больницу. Если больной находится в тяжелом состоянии или находится в бессознательном состоянии, эти сведения он получает от человека, который его принес. Поступивший в приемное отделение в тяжелом состоянии, немедленно направляет в специальное отделение, где оказывается специализированное содействие. Однако большая часть заболеваемости приходится на заполнение медицинского документа, первичный врачебный предварительный осмотр и санитарную промывку. Поступившие больные документы и ценные вещи находятся в несгораемом шкафу, под ответственностью амбулатории приемного отделения или старшего брата. После заполнения паспортного раздела истории болезни, во избежание вшей и инфекционных заболеваний, врач прокалывает волосатые участки тела больного. Если заболевание поднято, мейркиш ставит его на Измеритель и знает скалку, и только после этого заблаговременно доставит больного в кабинет к врачу, который поставит диагноз, подскажет, к какому виду относится санитарная промывка и транспортировка.

Антропометрия-определение зрелости человека путем измерения тела пациента и отдельных органов. Мейркиш измеряет рост и грудную клетку больного. Простейшие антропометрические исследования проводят также врачи в стационарных отделениях, поликлиниках, санаториях, домах отдыха.

Рост замечают специальным измерителем. Вертикальная опора прибора закреплена на площадке с сантиметровым разделением. По опоре движется пластина, на которой расположена чаша. При измерении роста цыцкрат встает спиной к стойке, касаясь пятки, ягодиц, лопаток, затылка.

С высоким концом барабанной перепонки необходимо держать голову так, чтобы кончик глазной линии находился вдоль одной горизонтальной линии: опустить пластину на голову и посчитать показания ее нижнего деления. В некоторых случаях болезнь измеряется в посадках, где к полученному числу добавляется расстояние от сиденья до пола.

Взвешивание правильно установлено и хорошо отрегулировано, т. к. десятичный вес проверяется на весах. Рекомендуется взвешивать натошак в нижнем белье, после дефекации. После предварительного определения веса скамьи пациента посадили и измерили. Больную шапку лучше поднимать медленно, не поддаваясь ни малейшему толчку на открытых весах. После правильного взвешивания накрывает шип Весов. Вес тела определяется двумя частями: нижней и верхней планками. Окружность грудной клетки измеряют, укладывая сантиметровую ленту спереди вдоль 4 ребер, а снаружи-на кончик лопатки. Больной должен опускать руки и плавно выдыхать. Измерение проводится на выдохе и очень глубоком вдохе. После антропометрического измерения мейркеш принимает участие во время осмотра больного врачом, вызывает консультанта, помогает в оперативных исследованиях для постановки ЭКГ и других диагнозов, после чего отвозит больных до места санитарной промывки.

Санитарная промывка больного.

Санитарно-гигиеническое промывание больного в приемном отделении производится одной или двумя потоковыми системами с учетом тяжести его состояния. Система промывки с одним потоком в больницах с небольшим количеством коек, где поочередно идет мытье женщин, а затем мужчин. Больные могут быстро перейти в приемное отделение.

В санитарном проходе приемного отделения имеется врачебная смотровая комната, где больного готовят к раздеванию и гигиенической ванне. В комнате имеются мини-шкафы для чистой одежды и мини-баки для грязной одежды, стол, над которым находятся

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 26 стр из 84

необходимые предметы для бритья, стрижки волос, мыло, губки. На столе «чистые губки " и

стоят два горшка с надписями» грязные губки". После каждого больного промывания мочалки помещают в кастрюлю и кипятят. Имеются специальные губки и щетки для санитарной очистки ванн, которыми после каждого заболевания ванна очищается и моется. В настоящее время в ваннных комнатах выставляется чистая одежда без зала и индивидуально упакованные пакеты. На стене висит термометр с указанием температуры воздуха.

В кабинете врачебного осмотра больной раздевается и составляет два экземпляра списка вещей, один из которых приобщается к истории болезни, а другой помещается в предметы, которые лежат до выхода больного из больницы, и сдается в камеру хранения.

Мейркеш осматривает больные волосы. При обнаружении вшей или укуса болезнь высаживают на рассаду, не раздевая, и одним из имеющихся растворов очищают ствол, который:

1. водоземulsionное растворение карбофоса 0,15%;
2. метилацетофос 5% жирный;
3. укусовая кислота в количестве 0,5 % раствора метилацетофоса; 4. 5 шампуня метилацетофоса;
5. водоземulsionный растворитель дикла 0,25%;
6. 10% водно-мыльно-керосиновая эмульсия (40 частей керосина, 35 частей К или хозяйственного мыла, 25 частей горячей воды.)

Мытье волос одним из этих растворов занимает около 15-20 минут. Затем снова и снова промывают и ополаскивают 6% столовым уксусом. Волосы снимаются на клеенке или бумаге, а затем поджигаются. Если волосы выпадают, их часто расчесывают расческой. Для удаления укуса волосы ополаскивают ватным тампоном столового уксуса, нагретого до 27-30°C, протягивают в течение 15-20 минут, затем часто расчесывают и снова ополаскивают. Если вши выходят из одежды, ее помещают в мешок из клеенки, пропитанный дезинфицирующим раствором (4% эмульсии ДДТ6 гексахлоранб 005% раствор карбофоса, 1% водный раствор ацетофоса или метафоса) и отправляют в территориальную дезинфекционную камеру по месту нахождения больницы. Больной с вшами пишет букву «Р» на титульном листе истории болезни. Такое заболевание находится под особым наблюдением, так как промывание до полного устранения вшей (педикулеза) повторяется. Сведения о каждом таком заболевании фиксируются на ГЭС места нахождения. Из врачебной комнаты предварительного осмотра больного отвозят в банное отделение. Помещение должно быть просторным и светлым, чистым и теплым (250). В ванной комнате должен быть специальный вентилятор. При получении гигиенической ванны нельзя открывать форточку. Пол должен быть водонепроницаемым, с кафелями. В каждой ванне должна лежать деревянная подкладка, поверх которой должна быть накрыта салфетка. Салфетка должна заменяться после каждого заболевания. Желательно иметь электрические устройства для сушки полотенец или белых простыней в ванной комнате. Ванну для промывания больного тщательно моют губкой или щеткой, смоченной в мыле или каком-либо дезинфицирующем растворе. При наличии на дне носика темных пятен необходимо протереть 3% хлористоводородной кислотой. Затем ванну ополаскивают горячей водой и закрывают отверстие пробкой. Ванну наполняют только перед мытьем, чтобы она не остыла. Сначала холодная вода, чтобы не было водяного пара. Затем наливают горячую воду. Температуру воды измеряют специальным термометром с деревянной ручкой, прежде чем вынуть ее из воды. Больная спина и затылок должны опираться на край ванны, чтобы количество воды поднималось по телу человека.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 27 стр из 84

Чтобы больной не поскользнулся и не упал внутри ванны, на боку ноги надевается деревянная скамья или подставка, и пациент опирается на нее ногами. Больную следует мыть губкой: сначала голову, затем туловище и низ, особенно те участки, которые накапливаются и тускнеют (волосы, пах, грудь и подмышки у женщин). Продолжительность пребывания в ванне зависит от температуры воды и общего состояния больного. Средняя продолжительность гигиенической ванны при температуре воды 35-36°С составляет 20-30 минут. Младший мейрикеш отвечает за приготовление ваннана и поддержание его в чистоте. Мейрикеш должен немедленно вызвать врача, если пациент говорит, что его цвет лица бледный, голова кружится, состояние ухудшается, находясь рядом с больным во время омовения и наблюдая его состояние и пульс. Больного вытаскивают из ванны, вытирают его тело, укладывают на сеянец и нюхают вату, смоченную в статуюточном спирте. Или обхватить голову холодной водой и смоченным полотенцем. Если по состоянию болезни гигиеническая ванна не подходит, предоставляется душ. Для этого в ванну ставят стул и сажают на него больного. Там тоже моют в таком же порядке, как в ванне. После каждого заболевания ванну необходимо мыть мыльной губкой и ополаскивать одним из дезинфицирующих растворов (0,5% холодной хлорной извести или 2% раствором хлорамина). Если заболевание умеренное, изюм вытирает его тело полотенцем, смоченным одним из дезинфицирующих растворов (камфорный спирт, туалетная вода, водка), особенно в паху, под мышками и грудными железами женщин. Необходимо содержать в чистоте ванную и помещения для предварительного осмотра врача. Клеенку и подушку на саженец после каждого заболевания необходимо протирать тканью, смоченной 2% раствором хлорамина или 0,5% раствором хлорной извести, а по окончании смены мыть горячей мыльной водой. Белый лист на саженце необходимо менять после каждого заболевания. Вы должны мыть ванную комнату несколько раз в день. Оборудование для уборки помещений (ведра, легенды, старые заготовки и т.д.) должно быть маркировано. Хранить их нужно в специальном помещении. Оборудование, использованное при сборке, тщательно моется и сушится. Для промывки унитазов используется 0,5% жидкий раствор хлорной извести. Отделения больниц, независимо от их профиля, должны иметь следующее оборудование и дезинфицирующие средства для промывки больных, которые должны храниться в специально отведенных для этой цели шкафах или ящиках.

1.дезинфицирующие средства: лизол, мыло, столовый уксус, мыльно-керосиновая эмульсия, 0,5% раствор гексахлорана, карбофос, хлорамины.

2.машинка для стрижки волос, шпильки, закрывающиеся ведра, мешки для чистых и грязных губок, легкие для волос-клеенка пелерина, мензурка, спиртовая лампа, ватные тройки, расчески, губки.

Пациент должен находиться в приемном отделении как можно меньше времени. Для скорейшего установления диагноза и принятия противоэпидемических лечебных мер необходимо пройти бактериологический тест. После санитарной промывки больного путь до палаты в специальное отделение больницы в соответствии с его состоянием должен быть как прямым, так и коротким. Кроме того, больной не должен общаться, общаться с больными других подразделений. В крайне плохом состоянии больной находится в отделении интенсивного контроля без санитарной промывки.подвиг отправляется для оказания скорой помощи. В инфекционном отделении имеется мельцерский бокс и полубокс для изоляции больных, в котором используется дезинфицирующий раствор для халата, ванна, мыло, полотенце. В комнате перед боксом две двери: одна входит из коридора, другая-в (внутреннюю) палату, где день больного в больнице состоит из периода изоляции. В палате кроме кровати, постельного белья, тумбочки и стула будет санузел. Каждый бокс должен иметь свое хорошо маркированное уборочное оборудование и 0,5% раствор хлорной извести. Двери необходимо закрывать без зазоров. Девушки входят в

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 28 стр из 84

комнату, где они получили бокс, тщательно закрывая дверь, моют руки, натягивают второй халат, шапку или тройник, при необходимости перевязывают марлевую маску, и только после этого входят в бокс, плотно закрывая внутреннюю дверь. Увидев болезнь и выполнив необходимые процедуры, мейркеш выходит в комнату перед боксом, моет руки под проточной водой с мылом, дезинфицирует 0,5% раствором хлорамина, снимает халат и шляпу, плотно закрывает внешнюю дверь и выходит в коридор. Обязательная дезинфекция предметов, использованных в боксе, должна строго контролироваться на предмет трехкратной мойки помещения и правильной локализации больных во избежание инфекционных заболеваний в больнице. После выздоровления необходимо тщательно продезинфицировать боксерскую комнату, вещи, одежду и переодеться в халаты медицинских работников.

Транспортировка больного в отделение.

Перевозить больного в отделение можно несколькими способами. Вопрос о типе транспортировки решает врач. Больного, состояние которого удовлетворительное, провожают в палату медицинские работники. В ряде случаев больного следует провозить до отделения в кресле-каталке. Тяжелобольных перевозят в отделение на носилках, установленных на специальных каталках. Каждая каталка к сезону должна быть накрыта чистой белой простыней, снабжена одеялом. Белую простыню следует менять после каждой болезни. Одеяло проветривают, а после инфекционных заболеваний дезинфицируют. В настоящее время выпускаются носилки – каталки с тормозами. 2 или 4 человека поднимают на носилках. Носилки слегка приподнимают спинку и направляют голову больного вперед. Во время спуска больной приподнимает ноги носилок.

В настоящее время многие больницы снабжаются специальным транспортным средством, а больного доставляют в корпус, удаленный от приемного отделения. Тяжелобольных, которые не могут передвигаться, укладывают с носилок на кровать, ловко перемещая их, соблюдая одни и те же правила: ножной край носилок следует располагать на изголовье кровати. Если есть палата, носилки ставят параллельно перекладине, и медицинские работники протягивают больному лицо между носилками и кроватью. Важно заранее продумать, как правильно поставить носилки на кровать, чтобы не делать неудобных лишних движений. Сотрудники приемного отделения обязаны ознакомить больного с режимом больничного дня и внутренним распорядком, рассказать о днях и часах встреч с родственниками, вежливо предупредить о том, что больной несет ответственность за нарушение больничного режима.

Санитарно-эпидемиологический режим кабылдауского отделения.

1. все пациенты, поступающие в приемное отделение для своевременного выявления больных с подозрением на инфекционное заболевание, осматриваются врачом.

2. с этой целью осматриваются кожные покровы, глотка, измеряется температура тела. Медицинские приборы, используемые для осмотра, маркируются одним сосудом дезинфицирующего раствора.

3. Лечение больных проводят над кушеткой, покрытой медицинской клеенкой или полиэтиленовой пленкой. После осмотра каждого больного клеенку протирают тканью, смоченной раствором дезинфицирующего средства. Для этого необходимо иметь промаркированную крышечку посуду, тряпку и дезинфицирующий раствор.

4. в приемном отделении необходимо обследовать больных на наличие педикулеза. Во время выявления педикулеза пациент, здание и предметы, к которым обращался пациент, подлежат специальной обработке. О каждом пациенте, выявившем педикулез, его адрес информируют санитарно-эпидемиологическую станцию, ставят отметку идентичности в истории болезни. Больного оставляют на наблюдение в отделении, после 10 дней перерабатывают.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 29 стр из 84

5. пациент проходит полную санитарную обработку в приемном отделении, принимает ванну или ванну (по указанию врача), забирает ногти и т.д. для купания пациент получает обеззараженную губку или пользуется принесенной из дома губкой.

6. санитарная проводится в специально отведенном здании. В этом же здании должна быть сохранена пропускная система для посторонних посетителей, так как это позволит избежать встречных наводнений.

7. после прохождения санитарной обработки пациент получает чистое нижнее белье, халат (пижаму), тапочки. По разрешению главного врача лечебного учреждения больному можно пользоваться собственным нижним бельем, тапочками, замена которых проводится по графику отделения.

8. при выявлении больного с подозрением на инфекционное заболевание его непрерывно изолируют и переводят в инфекционную больницу (отделение).

9. больной дезинфицирует родимые пятна, жихазы, предметы. Проводит дезинфекцию в виде заключения.

10. обеззаражается одним из дезинфицирующих растворов транспортного средства, предназначенного для эвакуации больного или подозреваемого в этом заболевании.

11. одежду и обувь госпитализированных больных упаковывают в специальные мешки (используют отдельные мешки для одежды и обуви), бирку с фамилией больных на мешках

стукнет. мешки хранят на стеллажах в специально отведенных зданиях.

12. медицинская сестра приемного отделения должна быть обеспечена:

- мылом и губками личного пользования (количество устанавливается системой, проводимой лечебно-профилактическими учреждениями в день).
- посудой (маркированной) для раздельного хранения чистых и использованных губок, бритвенными приборами, чистыми расческами,
- ножницами для снятия ногтей;
- наконечниками для клизм и сосудами для их дезинфекции;
- ведром с крышкой для сбора мусора;
- достаточное количество дезинфицирующих и дезинфирующих средств.

13. каждый пациент после использования в определенном порядке дезинфицирует мочалки, ванны, расчески, бритвенные приборы, рабочие отморозки ножниц, пинцетов, наконечников, медицинских приборов, столов, кушеток.

14. любой одноразовый в маленькой коробке для мытья рук.

Мыло наносят 2-кратным омытием. После обследования на инфекционное заболевание или подозрение на него руку обеззараживают раствором против септика.

15. полотенца для рук меняют ежедневно и в загрязненное время.

16. медицинские работники обязаны носить халаты, шапочки, закрывающие все волосы. Переодевается каждый день.

17. приемное отделение убирают водным и дезинфицирующим методами не более 2-х раз в день. в процессе уборки инвентарь маркируется, хранится в специально отведенном здании. Если нет специального здания, допускается хранение инвентаря в соответствующих зданиях после его дезинфекции. Например, комплектация для санитарного проводника-инвентарь внутри санитарного проводника, комплектация для унитаза-в туалетном отделении. Тряпки для мытья стен, полов и различных перегородок должны быть отдельными и маркированными. После использования тряпок и инвентаря дезинфицируют.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 8

4.1. Тема : Оценка функционального состояния больного.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Термометрия

Температура тела человека в любом случае относительно стабильна. Его плавное поддержание обеспечивается сложными процессами терморегуляции-в состав входят периферические (кожа, кровеносные сосуды) и центральные (гипоталамус) терморцепторы, специальные терморегулирующие центры, расположенные в головном мозге, и эфферентные пути, регулирующие уровень теплоотдачи. У здорового человека температура подмышек колеблется от 36,4 до 36,8°C. Максимальная летальная температура (т. е. температура, не подходящая для жизни человека, при которой человек умирает) равна 43°C. При такой температуре в организме начинаются необратимые изменения обмена веществ, в клетках возникают тяжелые структурные повреждения. Летальный минимум - 15-23°C.

Из-за различных условий температура тела может колебаться физиологически. Например, нормальная температура, измеренная в прямой кишке, кишке, паховой коре, ротовой полости, на 0,4°C выше, чем температура в подмышечной впадине. У детей обмен веществ более интенсивен, а механизмы терморегуляции несовершенны, поэтому у них более высокая температура тела, чем у взрослых. У женщин температура тела определяется фазами менструации: во время овуляции (разрыв зрелого фолликула и выход яйцеклетки) она повышается на 0,6 - 0,8°C - ка. Практически у всех людей можно обнаружить суточные колебания температуры тела, которые обычно составляют 0,1-0,6°C. Самая высокая температура тела обычно днем (между 17 и 21 часами), а самая низкая температура – утром (между 3 и 6 часами). Летом температура тела человека на 0,1 - 0,5°C выше, чем у человека. Повышение температуры тела наблюдается после еды, интенсивной работы, эмоционального насилия (например, у студентов-актеров, спротистов).

Измерение температуры тела человека называется термометрией, которая проводится с помощью медицинского ртутного термометра. Термометр состоит из стеклянной трубки с капилляром, в которой находится резервуар, наполненный ртутью. Эта трубка прикреплена к шкале, в которой сделаны секции от 34 до 42°C. При нагревании ртуть, поднимающаяся вверх по капилляру, не опускается ниже, даже если она остывает. Термометр необходимо несколько раз встряхнуть, чтобы ртуть попала внутрь. Шкала медицинского термометра предназначена для измерения температуры тела от 34 до 42°, Один пояс равен 0,1 °C.

Температуру тела чаще всего измеряют в подмышечной впадине (при подозрении на обман-обе мази), а в паховой коре (у детей), ротовой полости (под язык ставят резервуар термометра), прямой кишке (резервуар термометра, смазанного вазелином, вводят в прямую кишку пациента, лежащего на той же грани, на глубину 2-3 см). Наличие медсестры обязательно при измерении температуры тела. Следует помнить, что температура тела в

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 31 стр из 84

подмышечных впадинах составляет 36 - 37°C, и она ниже на 0,5 - 0,8°C, чем температура на слизистых оболочках.

Измерение температуры производится следующим образом: при сухом показании ниже 35°C термометр устанавливают в подмышечной впадине, предварительно натертой (прижимая плечо пациента к грудной клетке), через 7-10 минут определяют показания термометра и записывают его на температурную поверхность. Затем встряхните термометр до 4/5 пояса или полностью в 1% стерильный раствор хлорамина (или другой дез. В раствор) замачивают на 15 минут, затем ополаскивают под проточной водой и хранят в сухом виде в миске с ватой на дне.

Стоит отметить, что в настоящее время существуют и другие способы измерения температуры. Например, электронные термометры, электротермометры, для быстрого обнаружения-экспресс-метод, бумажная одежда, покрытая термолабильным веществом, которое меняет окраску при нагревании кожи лба.

Температурные поверхности заполняют, чтобы подчеркнуть суточные колебания температуры тела. Заполняйте температурные листы каждому пациенту и записывайте результаты термометрии два раза в день. По оси Абсцисс в дни болезни на оси ординат располагается температурная сетка, части которой равны 0,2°C. На поверхности ежедневно отмечают результаты двойной термометрии точкой, соединяя их вместе, и проводят температурную кривую

Активность пациента, положение в постели. Биомеханика тела. Изменение положения больного в постели, положение в постели

Положение больного в постели. Различают активную, неактивную, вынужденную позу больного. В активной позе пациент может свободно менять положение в постели и ходить. В неактивном положении пациент не может двигаться самостоятельно. Например, при увечьях, ранениях, параличах и т. д. вынужденная поза-Это поза, которую пациенты принимают с целью облегчения боли. Например, у пациентов с ортопноэ-дефицитом кровообращения опускаются ноги и садятся, при этом кровь скапливается в аяковых венах и Кан в легких уменьшается, одышка несколько ослабевает.

Положение больного не всегда совпадает с предписанным ему порядком передвижения. Режимы активности пациента:

1. строгое постельное белье (назначается при острой стадии заболевания на некоторое время, 1-3 дня), пациент лежит на спине, допускается только движение мелких суставов, уход полностью производится медсестрой.

2. коечный (назначается на стадии обострения заболевания), больной ложится, в постели можно поворачивать, двигать крупными суставами, допускается частичный самообслуживание.

3. Палатный, больной проводит большую часть времени в постели, можно ходить в палате, не выходить за пределы палаты, индивидуальные или групповые тренировки проводятся в палате с небольшой нагрузкой, полностью заботятся о себе.

4. в целом, большую часть времени проводит с ходьбой, может пройти все процедуры, обучение группы проводится в специальном зале с малой и средней нагрузкой, полностью заботится о себе, не может выходить на улицу.

5. щадящий-тренировочный, не должен лежать в постели в дневное время (кроме часов отдыха), тренировки коз проводятся только групповым способом с умеренной и большой нагрузкой, может назначаться трудотерапия, можно гулять или заниматься на свежем воздухе, назначаются элементы спортивных игр.

На санаторно-курортное лечение проводится тренерская дисциплина. Пациент принимает участие во всех мероприятиях учреждения, тренировки коз проводятся с большой нагрузкой. В целях медицинской, бытовой, социальной, профессиональной

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 32 стр из 84

реабилитации больных назначается более полная программа восстановительных мероприятий.

Режим активности пациента

Режим активности пациента распределяется в зависимости от тяжести-легкости пациента:

Общий

Полу-кровать

Постельное белье

Жесткая кровать

1. Если больной человек может самостоятельно передвигаться и ходить на собственных ногах в туалет, на лечение, поесть в столовой, встретиться с родственниками по-видимому, такой порядок называют общим порядком лежания в постели.

2. Если врач больше зависит от тяжести заболевания больного человека такой порядок называется порядком полулежания в постели, если он не позволяет передвигаться, только если это необходимо, разрешается передвигаться, ходить в туалет, лечиться, есть в столовой, встречаться с родственниками.

3. такой порядок называется порядком лежания в постели, если больному человеку разрешено передвигаться только в своей постели и ему не разрешено совершать другие избыточные движения.

4. Если больному человеку не разрешается передвигаться лежа на собственной кровати (лежа, с одной стороны, сидя), такой порядок называется строгим режимом лежания на кровати. У прикованных к постели пациентов есть 3 типа положения лежа на кровати.

Поза больного в постели:

Активный

Пассивный

Вынужденный

Активная или свободная осанка-встречается у больных с легкими протекающими заболеваниями. В это время пациент может свободно двигать осанкой своего тела, самостоятельно ухаживать за собой.

Вялость - пациент неподвижен, находится в тяжелом состоянии, не может позаботиться о себе.

Вынужденная поза-Это поза, облегчающая состояние больного человека. Пациент использует его, чтобы уменьшить или полностью остановить болезненные ощущения, которые его беспокоят. В клинике встречаются несколько видов вынужденной осанки:

При ортопно-легочной астме больной невольно сидит на кровати. В это время одышка уменьшается. Поза лежа на боку – при сердечных заболеваниях пациент ложится на правый бок, лежа на левом боку, сердце сжимается.

Поза сидя на локтях и коленях – типичная для экссудативного плеврита. Положение лежа на животе-характерно для язвенной болезни желудка. Положение лежа на спине-Лежа на спине используется при инфаркте миокарда.

Позы тела пациента в постели :

1. лежание в положении Фаулера – пациент лежит на спине или спине на середине кровати без подушки. Изголовье функциональной кровати должно быть приподнято на 45-60 ° С или три подушки должны быть уложены друг на друга. Положение верхнего Фаулера должно быть увеличено на 90 ° С, а положение нижнего Фаулера-на 30 ° С. Фаулер может использовать лежание в положении лежа - при легочной, сердечной астме, гипертоническом кризе, резании кожи (рис.).

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 33 стр из 84

2. Лежа в Симс – положении-пациента следует уложить под одним углом. Его нижняя рука тянется к его спине, а обе ноги слегка согнуты в коленях. Верхняя нога согнута сильнее перед собой, а нижняя нога вытянута в постели. (рисунок).

Госпитализация больного в положении Фаулера

Цель: обеспечение больного в постели полусидячей позой.

Действие-основание 1. С пациентом осуществляется необходимое общение, чтобы поздороваться, спросить его состояние, объяснить цель манипуляции, действия. 2. обеспечивается соблюдение прав пациента на получение согласия Пациента 3. Поднятие изголовья кровати под углом 45-60°С создает комфортные условия для отдыха, общения с окружающими. 4. размещение головы больного на низкой подушке обеспечивает профилактику сгибательных контрактур плечевых позвонков. 5. подложить подушку под руку больного, чтобы предотвратить растяжение капсулы плечевого сустава, вывих сустава, возникающее в результате низкой тяги под тяжестью рукаб. Положите подушку под поясничную область, чтобы не утяжелять поясничную область живота 7. Под ребра больного кладут небольшую подушку, которая позволяет избежать компрессии подколенных артерий, чрезмерной фиксации коленных суставов под действием массы. 8. поместите небольшую подушку в нижнюю 1/3 области икры. Обеспечивается длительное предотвращение давления матраца на подошву 9. Под ноги под углом 90°С поставьте подставку. Предотвращение “провисания” ног.

Госпитализация больного с высокой спиной

Цель: вынужденное положение лежа на спине пациента.

Действие-основание 1. Обеспечивается положение головы больного горизонтально 2. Поместите небольшую подушку под поясничную область. Обеспечивается отсутствие нагрузки на поясничную область позвоночника. 3. положите небольшую подушку на верхнюю часть плеч, под шею и голову. В области шейных позвонков обеспечивается исключение сгибательных контрактур. 4. положить валиковую подушку на внешний край бедра. Обеспечивается предотвращение поворота бедра наружу. 5. поставить валик на нижнюю 1/3 голени. Снижается давление и устраняется риск образования вмятин 6. Установка опоры под углом 90°С к головке ногаобходимость “провисания” головки нога 7. Расположите руки пациента ладонями вниз параллельно телу, положив небольшую подушку под предплечье. Предотвращение чрезмерного разрушения плеча, предотвращение чрезмерного заживления локтевого сустава.

Госпитализация больного изнутри

Действие-основание 1. С пациентом происходит приветствие, выяснение ситуации, разъяснение цели манипуляции, действий, необходимых для общения с пациенткой 2. Соблюдение прав пациента на получение согласия, не допускается. Обеспечивается удобное положение для изменения положения кровати с горизонтальной осанкой и снятием подушки. Обеспечивается комфортное положение пациента, чтобы зафиксировать руки на локтях, приблизить их к телу, положить руку под бедро, повернуть тело через руку и лечь на живот 5. Уложить больного на середину кровати, создать комфортные условия для пациента 6. Поворачивая голову пациента к одному краю, кладя под голову небольшую подушку. сгибание плечевых позвонков и уменьшение чрезмерной писании 7. Размещение небольшой подушки в области живота ниже уровня синего мяса приводит к чрезмерному оседанию поясничных позвонков и снижению веса поясничных позвонков 8. Сгибание рук больного в плечах, поднятие до уровня головы, не допускать вывиха плечевого сустава 9. Размещение валика под головкой ногобеспечение “провисания” и скручивания головки стопы наружу

Госпитализация больного с одной стороны

1) Положите одну руку ладонью вверх под талию пациента.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 34 стр из 84

- 2) Проведите другой рукой под бедром пациента в бедренную область и зафиксируйте ладонь в бедро-бедренном суставе.
- 3) переместите пациента к себе и поверните в одну сторону.
- 4) пациент должен находиться в центре кровати.
- 5) согните верхнюю ногу в колене и зафиксируйте пациента.
- 6) Положите подушку на голову пациента.
- 7) под согнутую ногу положите подушку, ножка должна располагаться на уровне бедра.
- 8) слегка согните руки внизу, расположите рядом с подушкой.
- 9) положите руку, расположенную над ней, на подушку, согнув ее в локте.
- 10) установите опору на голень.
- 11) убедитесь, что пациенту комфортно.
- 12) госпитализация больного лицом к себе с одной стороны
- 13) при повороте пациента на левый бок положите правую руку на грудь, а правую-на левую ногу.
- 14) обхватите пациента за бедра (приближаясь к колену) и за плечи.
- 15) повернись к себе.
- 16) согните верхнюю ногу в колене и зафиксируйте пациента.

Госпитализация больного в Симс

Действие-основание 1. С пациентом осуществляется необходимое общение, чтобы поздороваться, спросить о состоянии, объяснить цель манипуляции, действия 2. обеспечивается соблюдение права пациента на получение согласия. 3. для приведения изголовья кровати в горизонтальное положение создаются комфортные условия для откидывания изголовья одним боком 4. Укладка больного одним боком и на живот 5. наволочка на голове предотвращает чрезмерное сгибание живота 6. Под углом 90° положить подушку под «верхнюю» руку, согнутую в плече и на стекле. Положив» нижнюю руку «на кровать без сгибания, обеспечивается правильная биомеханика тела 7. размещение подушки под согнутой» верхней «ногой»,» нижняя «икра должна располагаться на уровне нижней 1/3 числа ног» вверх", исключая выворот стопы внутрь, чрезмерную фиксацию ног 8. Установка подставки под ноги под углом 90° обеспечивает изгиб головки стопы, предотвращая «зависание» головки ноги

Биомеханика тела

Больная может получить травму в ходе таких мероприятий, как подъем, переноска, сопровождение, замена больного. Поэтому необходимо знать необходимые навыки, чтобы не болеть и не болеть за одно место больного. Пациенты должны быть вставлены из сидячего или лежачего положения, а если нет, то должны быть подняты и перемещены.

Медицинский работник может неправильно оценить свои силы и, игнорируя биомеханические модели тела, сильно нагружать свое тело, повреждая позвонки и другие двигательные аппараты.

Чтобы медсестра не навредила ни себе, ни больным, следует помнить следующие правила:

- не поднимать пациента, который не может двигаться, не может помочь, если он не легче вас или никто другой не может помочь ему двигаться;
- при подъеме больных или выполнении других работ, связанных с уходом, по возможности следует держать спину тела, позвоночник прямо;
- нельзя поднимать или двигать больного вытянутыми вперед руками;
- если пациент не может двигаться, можно использовать механические устройства. При поднятии различных предметов тяжести, помощи больным следует применять биомеханические правила организма.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 35 стр из 84

Транспортировка и перемещение больных

1. перед поднятием тяжестей необходимо держать расстояние между подошвами стопы на расстоянии 30 см и двигать одну немного дальше другой. В таком положении медицинский работник обеспечивает себе равновесие, устойчивую опору, чтобы не упасть.

2. прежде чем поднять пациента или тяжелый предмет, десять

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 9

4.1. Тема: Личная гигиена больных. Уход за волосами, глазами, ушами, ртом. Осуществление гигиенического ухода за больным.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Санитарная обработка больных.

1. полная (ванна, вода-сеялка).
2. частичные (купание, вытирание).

Перед санитарно –гигиенической обработкой медицинская сестра приемного отделения должна бережно ухаживать за волосными частями тела больного для выявления педикулеза. Наиболее частые локализации вшей: затылочная и височная области (головные вши) и лобковая область (лобковые вши). Если педикулез не выявлен, больным проводят гигиеническую ванну, воду-сеялку или протирку и одевают больного в чистую больничную одежду.

При выявлении педикулеза начинается санитарная обработка.

ДЕЗИНСЕКЦИЯ-это уничтожение вредных насекомых, переносящих возбудителей инфекционных заболеваний. Алгоритм действий медицинской сестры приемного отделения при выявлении педикулеза.

1. крой дополнительного халата и тройного платка.
2. высадить больного на кушетку, расстеленную клеенкой в раздевалке,
3. обработка волос больного средством против педикулеза с помощью ватного тампона (лосьон НИТИФОР, Водное мыло Педилин, лосьон Антибит).

Детям до 5 лет, кормящим и кормящим женщинам нельзя использовать фосфорорганические растворы!

4. распознавание волос на 20 минут с помощью тройного платка ("Ниттифор» Лосьон-45 минут).

5. мытье волос теплой водой.

6. Полоскание 5-10% раствором столового уксуса. Расчесывать часто расческой в течение 10-15 минут. При наличии вшей на бровях и подмышках ухаживают за волосами, наносят на кожу масло серы или белой ртути 10.

7. упаковать одежду больного, халат, тройной платок медицинской сестры, поместить в дезинфекционную камеру. Заваривание 5 минут в 2% растворе соды в домашних условиях. Разглаживание горячим утюгом с обеих сторон. Обработка верхней одежды

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 36 стр из 84

карбофосом, укладка в целлофановый пакет на 20 минут, проветривание на открытом воздухе.

8.обработка зданий и предметов после дезинфекции теми же дезинфицирующими растворами. На листе истории болезни пациента в правом верхнем углу красным карандашом ставится отметка «Р». (Контроль за постмейорбикой проводится через 7 дней).

9.заполнение листка экстренного уведомления об инфекционном заболевании и направление на районную санитарно-эпидемиологическую станцию по месту жительства больного. Затем под руководством медицинской сестры пациент принимает гидромассажную ванну или гидромассажную ванну.

Транспортировка больного в отделение. Способы доставки больного в отделение определяет врач в зависимости от состояния больного: на носилках (руками или на каталке), на кресле-каталке, на руках, пешком. Самый удобный, прочный и защищенный вид транспортировки пациентов-с каталкой. Госпитализация больного с дивана на каталку и обратно будет трехсторонней.

1. Поместите Каталку перпендикулярно дивану. головку каталки к ножке дивана.
2. все трое стоят на одной стороне пациента:
 - а). во-первых, под головой и лопатками пациента кладут руки
 - б). один из них заключается в том, что пациент кладет руки под голову и лопатку.
 - б). третий - со средней стороны бедра и икры.
3. поднимите пациента и развернитесь в сторону каталки 90.
4. уложить больного на каталку и накрыть сверху.
5. сообщить в отделение о направлении больного с плохим самочувствием.
6. отправить больного, его медицинскую карту в отделение при сопровождении медицинской сестры.

7. в отделении поднесите головку каталки к ножке кровати, три раза приподнимите больного и уложите его на кровать в 90 об. Если каталки нет, то 2-4 человека подносят носилки руками. Спускаясь по ступенькам, пациент ведет ногами вперед, слегка приподнимая переднюю часть. Спуском вверх спускает больного головой вперед. Последовательность действий по транспортировке больного в кресле-каталке.

1. младшая медсестра опускает кресло-каталку перед собой, прижимая ноги к ножкам.
2. попросите пациента встать на ноги, а затем попросите пациента сесть в кресло для поцелуев.
3. приведите кресло-каталку в положение негра.
4. Обратите внимание, чтобы руки больного не выходили за пределы кресла-каталки.

По каждому виду транспортировки больного в отделение пациент и его медицинская карта должны быть выданы палатной медицинской сестре.

Существует несколько шкал, которые количественно оценивают риск развития язв. Шкала оценки Нортон-это система подсчета баллов, состоящая из пяти критериев: физическое состояние, психическое состояние, активность, подвижность и недержание мочи.

По шкале Нортон: чем меньше оценка, тем выше риск. При сумме 14 баллов или ниже пациент попадает в зону риска, а при сумме ниже 12 баллов-в зону повышенного риска. Эта шкала идеально подходит для использования в сочетании с картой наблюдения за медсестрой, поскольку ежедневно регистрируется рассчитанное количество баллов, и в связи с этим принимаются меры по уходу, предотвращающие язвы.

Используется по универсальной шкале оценки Waterlow с целью профилактики язв в отделениях ЕСМ. Его целью является профилактика язв по вопросам "памятной записки". Указанная карта выявляет факторы, приводящие к язве, и обеспечивает оценку риска развития вмятины, а также профилактику и лечение.

По шкале Waterlow: чем выше оценка, тем выше риск. С итоговым результатом суммируются баллы и определяется степень риска:

1-9 баллов - без риска

10-14 баллов-есть риск

15-19 баллов-высшая степень риска

Выше 20 баллов-очень высокая степень риска

При первом осмотре должна проводиться систематическая оценка риска развития язвы, несмотря на небольшую степень риска. Если пациент относится к группе риска, необходимо в обязательном порядке начать экстренные профилактические мероприятия.

Для предотвращения образования экзогенной бороздки устраняем грубое и длительное прижатие кожи при наложении гипсовой повязки, лечебной шины, клевого пластыря. Важно регулярно менять или менять положение дренажных трубок, катетеров и других инструментов, находящихся в ране.

Чтобы предотвратить образование эндогенной борозды, даны следующие рекомендации:

Постоянная оценка состояния пациента с использованием шкал Нортон или Ватерлоу

Изменение положения больного каждые 1,5-2 часа (в ночное время): позы Фаулера и Симса, правое и левое боковое, внутри (если нет противопоказаний). Типы осанки заменяются в зависимости от состояния и болезни пациента. Если больной самостоятельно переоделся в постель, то надо его хвалить и помогать.

Правильная замена больного в постели-изменение положения тела, поднимаясь с постели.

Применение специальных приспособлений: валик для рук и ног (вместо валика можно использовать подушку), упоры для ног. В местах, где может образоваться язва, используется резиновое колесо, покрытое тканью или простыней, чтобы не касаться кровати.

Использование на матрасников с гофрированной поверхностью для борьбы с язвами. Ячейки автоматического компрессора матраса заполняются воздухом каждые 15 минут, в результате чего изменяется степень прижатия тканей пациента. Проведение массажа под давлением на ткани тела пациента обеспечивает нормальную микроциркуляцию крови, что усиливает снабжение кожи и подкожно-жировой клетчатки кислородом и питательными веществами.

Контроль комфортного лежания больного в постели в соответствии с правилами биомеханики

Наблюдение за постельным состоянием (вытряхивание остатков пищи, отсутствие складок на простыне, создание ровности).

Проверка состояния одежды больного (своевременная смена грязной одежды; не использование одежды с грубыми швами, внутренними пуговицами, направленными на тело больного).

Ежедневное обследование состояния кожи.

Проводить обработку слабых участков кожи теплой мыльной водой или дезинфицирующими растворами 2 раза в день (при необходимости несколько раз).

Использование увлажняющих ароматизаторов при сухости кожи, особенно в тех местах, где в будущем появятся вмятины. При сильных потовых выделениях-применение осушающей сеялки.

Контроль пищевого рациона больного (качественные и количественные свойства употребляемой пищи). Контроль качества белка, минеральной соли и витаминов, необходимых в рационе. При необходимости внести изменения в рацион.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 38 стр из 84

Контроль режима приема жидкости-не менее 1,5 л при отсутствии противопоказаний к количеству потребляемой жидкости в сутки. Уменьшение количества жидкости приводит к увеличению концентрации мочи, что увеличивает риск развития инфекции мочевыводящих путей.

При недержании мочи можно использовать подгузники для взрослых, которые желательно менять вовремя (каждые 4 часа). Мужчинам можно использовать наружные приемники мочи. При смене подгузника (подгузника) обязательно проводим гигиеническую обработку загрязненных теплой мыльной водой и даем высохнуть.

С момента появления первого покраснения или бледности кожи протираем лимонным соком, 10% - ным камфорным раствором или влажным полотенцем и делаем облучающую обработку лампой квару.

Остро проявившуюся язву срочно лечим раствором перманганата калия, маслом Вишневого, синтомициновой эмульсией или кедровым бальзамом с перуанским маслом.

Профилактические меры более эффективны, чем лечебные. При правильном применении своевременных мер в 95% случаев канавку можно предотвратить.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №10

4.1. Тема: Искусственное питание больных.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Искусственное кормление пациентов-это процесс доставки необходимых питательных веществ, жидкости и калорий с помощью специальных медицинских методов, если у них нет возможности есть пищу естественным путем.

Виды искусственного вскармливания:

1. Энтеральное кормление

- Используется при работе пищеварительной системы пациента.
- Питательные жидкости передаются через прямую кишку или живот (через назогастральный, гастростомный или энтеростомный зонд).
- Этот метод поддерживает пищеварение и способствует меньшему количеству инфекций и осложнений.

2. Парентеральное кормление

- Используется, когда пищеварительная система не работает или ее работа невозможна.
- Питательные вещества вводятся непосредственно в кровоток путем инфузии (внутривенно).
- Полное парентеральное питание (ТПП) — все необходимые питательные элементы (водород, жиры, аминокислоты, электролиты, витамины) доставляются через вену.

Цель искусственного вскармливания:

- Удовлетворение энергетических потребностей организма пациента.
- Предотвращение дефицита питательных веществ.
- Поддержка иммунитета и уменьшение осложнений.

Показания к применению:

- Пациенты без способности есть (например, тяжелые неврологические расстройства, травмы глотки).
- Функциональные расстройства пищеварительного тракта (например, кишечная непроходимость, частичный или полный парез желудочно-кишечного тракта).
- Период во время или после операции.
- При хронических заболеваниях, в состоянии сильного стресса.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №11

4.1. Тема: организация пищевой терапии в медицинских организациях.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Лечебное питание (диетотерапия) – важнейший элемент комплексного лечения. Как правило, он проводится параллельно с другими методами лечения (фармакотерапия, физиотерапевтическое лечение). В некоторых случаях лечебное питание при лечении пищеварительной системы или обменных процессов относится к основной лечебной терапии, в других случаях благоприятно сказывается на скорейшем выздоровлении больного.

Суточная лечебная диета называется диетой. Диетический режим устанавливается в зависимости от специфики заболевания, его стадий, состояния заболевания.

Любая диета должна характеризоваться следующими основными принципами лечебного питания:

Калорийность и химический состав (белок, жир, углеводы, минералы, определенное количество витаминов);

Физические свойства пищи (объем, вес, температура, консистенция);

Полный охват разрешенных блюд;

Специфика обработки пищевых продуктов;

Пищевое поведение.

Диетические столы

Стол диетический № 1-язва желудка, двенадцатиперстной кишки, повышенная кислотность

хронический гастрит.

Диетический стол № 2-хронический гастрит с пониженной кислотностью.

Диетический стол № 3-дискинезия толстой кишки, характеризующаяся запорами.

Диетический стол № 4-энтериты, характеризующиеся поносом.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 40 стр из 84

Диетический стол № 5-заболевания печени и желчных путей.

Диетический стол № 6-болезнь подагры.

Диетический стол № 7-болезни почек.

Диетический стол № 8-ожирение.

Диетический стол № 9-болезнь диабета.

Стол диетический № 10-болезни сердечно-сосудистой системы.

Диетический стол № 11-туберкулезная болезнь.

Диетический стол № 12-нервно-психические заболевания.

Диетический стол № 13-острые инфекционные заболевания, периоды лихорадки.

Стол диетический № 14-щелочная реакция мочи и фосфорно-кальциевый фосфатурия, характеризующаяся развитием солей.

Стол диетический № 15-стол общий, стол диетический специальный
отсутствие показаний и пищеварительная система
нормальность деятельности.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №12

4.1. Тема: Пищевое отравление .

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Пищевое отравление-это заболевание или неприятное состояние, которое возникает, когда вредные микробы, токсины или химические вещества попадают в организм через пищу.

Причины пищевого отравления:

Микробтар: бактериялар (мысалы, Salmonella, Staphylococcus aureus, Clostridium botulinum), вирустар, паразиттер.

Токсины: токсичные вещества (экзотоксины), выделяемые микробами.

Химические вещества: пестициды, тяжелые металлы, чрезмерная доза пищевых добавок.

Неправильное хранение пищи: размножение микроорганизмов, которые не были должным образом сохранены или уничтожены.

Симптомы:

- Рвота
- Понос
- Судороги
- Сильная слабость
- Паралич рук и ног (при ботулизме)
- Потеря аппетита
- Высокая температура

- Сухость, запор или боль в животе

Профилактические меры:

- Правильное хранение и обработка пищи (контроль температуры).
- Частое мытье рук.
- Соблюдение срока годности.
- Хранение сырых и готовых блюд отдельно.
- Выбор надежной и чистой пищи.

Лечение:

- Промывание желудка (промывание).
- Пить жидкости часто и в небольших количествах (кипяченая вода, электролиты).
- Прием лекарств (антибиотиков или пробиотиков) в соответствии с рекомендациями врача.
- В тяжелых случаях может потребоваться госпитализация.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

II семестр

Лекция № 1

4.1. Тема: простые физиотерапевтические методы.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Физиотерапия (греч. physis-φύσις-природа и θεραπεία - лечение) – Физиотерапия — отрасль медицины, изучающая, оказывают ли естественные и искусственно созданные физические факторы физиологическое и лечебное действие, и разрабатывающая методы их использования с профилактическими и лечебными целями; совокупность физических методов лечения и их применение.

Физиотерапия включает электротерапию, водолечение, тепловое лечение, механическое лечение. Отдельным разделом физиотерапии является курортология. Каждый из них имеет несколько методов лечения, основанных на использовании того или иного физического фактора.

Наибольшее количество методов входит в электротерапию (методы с применением электрического тока, постоянного, переменного, непрерывного и прерывистого электрического тока, переменного электромагнитного тока):

- амплипульстерапия
- диадинамотерапия
- гальванизация
- лекарственный электрофорез
- электростимуляция
- флюктуоризация

- интерференцтерапия Ж. Б.

Световое лечение включает методы, использующие энергию света, включая ультрафиолетовое и инфракрасное излучение. Водные и бальнеологические методы лечения основаны на использовании бессолевой воды, а также минеральной воды, как натуральной, так и искусственной. Тепловая обработка включает в себя методы, основанные на применении тепла с передачей тепла организму нагретого парафина, озокерита, грязелечения, песка, сухого воздуха. Лечение механическим воздействием включает ультразвуковую терапию, вибротерапию, массаж, мануальную терапию. Применение физиотерапии физиотерапевтические мероприятия основываются на улучшении периферического, регионального и Центрального кровообращения, обезболивании, улучшении трофики тканей, регуляции нарушенных иммунных процессов. Физиотерапия не может применяться в беспокойных случаях, в процессе отека и покраснения, при тяжелом истощении организма, при осложнениях инфекционных заболеваний, при туберкулезе, в случаях рака и подозрении на его наличие, при заболеваниях крови, в случаях кровопотери и склонности к эксплуатации, при заболеваниях сердца, аорты и артерий крупных сосудов, при заболеваниях центральной нервной системы. Лечебное и профилактическое применение физических факторов производится в физиотерапевтических кабинетах и отделениях больниц, поликлиниках и других лечебно-профилактических учреждениях, при необходимости в палатах больниц и на дому.

Раздел клинической медицины, изучающий влияние природных (вода, воздух, солнечный свет, солнечный свет) и искусственных (электрический ток, мощность излучения и т. д.) факторов на организм человека и ищущий методы применения этих факторов в целях лечения, профилактики заболеваний.

Основные области физиотерапии:

- водолечение грязелечение гелиотерапия

Также Физиотерапия:

- лечение электрическим током
- ультразвуковая терапия
- тепловое лечение
- курортология
- тесно связан с массажем.

Физиотерапия использует достижения физики, биофизики, биохимии, радиотехники, электроники.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №2

4.1. Тема: Подача увлажненного кислорода. Постуральный дренаж применение.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

1. подача увлажненного кислорода

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 43 стр из 84

Увлажненный кислород-это метод подачи увлажненного воздуха или кислорода, а не Сухого, в легкие пациента при подаче дополнительного кислорода.

Зачем?

Сухой кислород может высушить и вызвать раздражение слизистой оболочки дыхательных путей.

Увлажненный кислород смягчает слизь, защищает дыхательные пути, облегчает выделение мокроты.

Это особенно полезно для пациентов (например, с заболеваниями легких), которым требуется длительная кислородная терапия.

Как дает?

Кислород проходит через специальный увлажнитель (например, устройство, оснащенное водяной баней).

Пациенту доставляют носовую канюлю или маску.

2. постуральный дренаж

Постуральный дренаж-это метод использования положения тела для удаления мокроты и секрета из дыхательных путей.

Как это делается?

Тело пациента помещают в специальное положение, например:

Голова наклонена вниз или в сторону.

Размещение рук, плеч или других частей тела под разными углами.

Эти положения помогают бронхам правильно дренировать и легче выделять мокроту.

Когда используется?

При таких состояниях, как хронический бронхит, пневмония, абсцесс легкого, муковисцидоз.

Когда мокроты много, чтобы облегчить ее отхождение.

Оба метода важны для поддержания здоровья дыхательных путей и обеспечения кислородом.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1.Основы медицинской этики и деонтологии.

2.основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 3

4.1. Тема: Способы и способы применения лекарственных препаратов,распределение принимаемых внутрь лекарственных средств.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Медикаментозная терапия является наиболее важной из лечебных мероприятий. Успех лечения во многом будет зависеть от квалифицированного и грамотного введения пациентом назначенного лекарственного средства медсестрой. Выписывание лекарственных средств больным, находящимся на лечении в больнице, производится в специальных требованиях. Врач ежедневно осматривает больного в отделении и выписывает ему необходимые лекарственные средства и их дозировку, последовательность

приема и пути введения в медицинскую карту. Наблюдающая медсестра ежедневно копирует и записывает из медицинской карты пациента в специальную тетрадь или лист назначения. Наблюдательные и процедурные медсестры выписывают каждому больному отдельно все назначенные предметы и передают их старшей медицинской сестре. Старшая медсестра собирает эти данные и записывает их в определенной форме. Сведения о месте инъекции больным передаются межтерапевту, который делает инъекцию. Будет перечень требований по получению лекарств в аптеке. В этих требованиях должен содержаться колы заведующего отделением.

Отделение должно содержать необходимые лекарственные средства, которых хватит на три дня. На специальном бланке с талоном, штампом ядовитых и наркотических веществ и этилового спирта проставляется подпись и печать руководителя лечебного учреждения или заместителя по лечению. В этой статье указывается концентрация этилового спирта и пути введения препаратов. Ядовитые и наркотические, крайне дефицитные, дорогие лекарства выписываются отдельно, указываются ФИО пациента, номер истории болезни, диагноз. Готовые лекарственные формы в аптеке старшая медсестра получает ежедневно, а препараты, требующие подготовки, - на следующий день. Срочно необходимое лекарственное средство изготавливается аптекой в тот же день. При получении лекарственного средства из аптеки старшая медицинская сестра проверяет соответствие заказу. Лекарственная форма, изготовленная в аптеке, должна иметь этикетку определенного цвета с точным названием препарата, количеством, датой изготовления и подписью фармацевта, создавшего лекарственное средство. Лекарственные средства необходимо разделить в зависимости от способов введения. Стерильные растворы во всех ампулах и флаконах содержатся в процедурной комнате: в одном ряду стеклянного шкафа - антибиотики и их растворы, в следующем ряду - флаконы с капельным раствором по 200-500 мл, в остальных рядах - ампулы (растворы витамина, дибазола, папаверина, сульфата магния), не входящие в список А (токсичные) и Б (сильнодействующие).

Лекарственные средства, входящие в списки А и Б, хранятся в специальных шкафах (сейфах). На внутренней стороне сейфа отображается список оладьев. Лекарства из списка А (наркотические анальгетики, атропин и т. д.) и вещества из списка Б (аминазин и т. д.) могут храниться в одном сейфе, закрывающемся Белеком.

Срок хранения безубыточных растворов, приготовленных в аптеке, составляет три дня. Если они не используются в течение этого времени, их следует слить, даже если нет признаков неисправности (обесцвечивания, помутнения прозрачности).

Лекарственные средства для наружного и внутреннего применения хранятся в шкафу на рабочем месте контролирующей медицинской сестры на различных полках с надписями «для наружного применения» и «для внутреннего применения». Этикетка лекарственных форм для наружного применения, изготовленных в аптеке, желтая, а этикетка лекарственных форм для внутреннего применения белая.

Наиболее рациональный способ распространения лекарственных средств :

1) тару с твердыми лекарственными формами на подвижной столешнице, флакон с жидкими лекарственными формами. поставь пипетки (по отдельности на каждый флакон), мензурки, графин с водой, ножницы, бумаги назначения;

2) лекарственные средства с переходом от больного к больному следует давать у постели больного, в соответствии с назначением

3) лекарственные средства следует принимать, когда пациент стоит рядом с вами. Преимущества такого порядка распределения лекарственных средств очевидны.

В некоторых лечебных отделениях медсестры предварительно помещают лекарства в лоток, разделенный сетками с указанием имени пациента, палаты, чтобы сэкономить время, и распределяют их пациентам три раза в день.

Такой способ распространения лекарственных средств имеет существенный недостаток:

- 1) невозможно отследить, принял ли пациент лекарственное средство;
- 2) не соблюдается индивидуальная схема распределения (не все лекарственные средства вводятся трижды в сутки-иногда 4-6 раз в сутки, некоторые до обеда, некоторые-после или во время обеда, а третьи-на ночь);
- 3) могут быть катехизаторы (лекарства, назначаемые одному больному, могут попадать в клетку, предназначенную для другого пациента, из-за невнимательности медицинской сестры);
- 4) затрудняется ответить на вопрос пациента о назначенных лекарственных средствах, так как лекарства находятся в лотке без аптечной коробки. Медсестра часто не может определить лекарство и его дозировку, особенно эффект, также может вызвать у пациента неуверенность и нежелание принимать лекарства, которые ему неизвестны.

Медсестра не имеет права назначать или отменять лекарства или заменять их другими лекарствами. Не относится к ситуации, когда пациенту требуется неотложная помощь или он не может переносить лекарства. В любом случае рекомендуется предупредить врача об изменениях в назначении. Если лекарство было введено пациенту по ошибке или его разовая доза была превышена, об этом следует немедленно сообщить врачу.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 4

4.1. Тема: Парентеральное введение лекарственных средств. Выполнение внутрикожных инъекций. Выполнение подкожных инъекций. Введение инсулина. Выполнение внутримышечной инъекции.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Пути парентерального введения. Немедленное введение в кровь .

Подкожно-5-15мин. потом будет эффект. Часто используются водные растворы. Масляные растворы используются реже. Нужно согреться. Нельзя вводить суспензию, раздражающие и гипертонусы .

Внутримышечно - воздействие быстрое, проникновение полное, можно вводить водные растворы. При введении мази и суспензии иглу нельзя вводить в Вену. Причиной может быть эмболия. Закупорка сосудов .

Внутривенное введение: эффект начинается, когда вы вводите. Время введения длительное, потому что мы вводим капельно. Лекарственное средство сразу попадает в кровь. Можно вводить гипертонические и раздражающие вещества .

Субарахноидальное введение. Вводится в головной и спинной мозг. Эти органы отделяются от системы крови гематоэнцефалическим барьером. Не все лекарства преодолевают этот барьер. При инфекционном заболевании головного мозга – менингите

этим методом вводят препараты. (sub arachnoidea-вводится на поверхность крайней плоти мозговой оболочки.). нельзя вводить раздражающие вещества.

Введение путем ингаляции: Inhalation-отдых. Пациент вводит под наркоз газ и жидкие вещества. При воспалении органов дыхания аэрозолей и паров эфирных масел вводим препараты в воспаленный орган. Лекарственные средства для парентеральных путей введения должны быть обеззаражены.

Существуют и другие парентеральные пути введения: во внутреннюю артерию, внутри кости, над кожей, конъюнктиву, плевру, сустав.

Механизм всасывания лекарств: пассивная диффузия (в зависимости от концентрации, характерной для липофильных веществ). Фильтрация (пропускание воды через мембрану гидрографических молекул Йона). Активное движение (с помощью двигательной системы), пиноцитоз (от инвагинации клеточной мембраны).

Распределение лекарств в организме. Может быть равномерным или неравномерным. Причина связана с прохождением гематоэнцефалического, гематоофтальмального и плацентарного барьеров. Некоторые вещества накапливаются в тканях и органах. Некоторые вещества связываются с белками крови и постепенно высвобождаются, что обеспечивает длительный эффект.

Биотрансформация (превращение) лекарственных средств окисляется, восстанавливается гидролизуется. Процесс биотрансформации происходит в присутствии микросомальных ферментов печени. Некоторые препараты (фенобарбитал, рифампицин, гризеофульвин) повышают активность ферментов печени, ослабляют действие препаратов, которые действуют вместе. Некоторые препараты снижают активность ферментов печени (фуразолидон, метронидазол), что в этот момент увеличивает действие других препаратов.

Выходы лекарственных средств: через почки, через железы, через кишечник, летучие вещества через легкие.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 5

4.1. Тема: Выполнение внутрикожных инъекций. Выполнение подкожных инъекций. Введение инсулина. Выполнение внутримышечной инъекции

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

1. внутрикожная (внутрикожная) инъекция

- **Назначение:** введение лекарства в верхний слой кожи. Обычно используется для тестов на аллергию и туберкулиновых тестов.
- **Как это делается:**
 - Иглу вводят в кожу под углом 10-15°, не под кожу, а в дерму (верхнюю часть кожного слоя).
 - Объем инъекции очень мал-до 0,1 мл.

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 47 стр из 84

- Появление небольшой синицы (выпуклой точки на коже) является нормальным явлением.

2. подкожная (подкожная) инъекция

- **Назначение:** введение лекарства в жировой слой под кожей. Используется для инсулина, некоторых вакцин и антикоагулянтов.
- **Как это делается:**
 - Иглу вводят под углом 45° (угол может быть 90°, в зависимости от салфетки тела пациента).
 - Место введения-живот, таз, внешняя часть плеча.
 - Объем инъекции до 0,5-2 мл.

3. введение инсулина

- **Цель:** введение инсулина пациентам с диабетом для снижения уровня сахара в крови.
- **Как это делается:**
 - Инсулин часто вводят в виде подкожной инъекции.
 - Место введения-живот (брюшная полость), верхняя часть бедра, внешняя часть плеча, передняя поверхность бедра. Необходимо менять положение, чтобы не повредить кожу.
 - Иглы для введения инсулина специально тонкие и короткие.
 - Инъекция производится под углом 90° под кожей.

4. внутримышечная (интрамускулярная) инъекция

- **Назначение:** введение лекарства в глубокий слой мышц (для быстрого всасывания лекарства).
- **Как это делается:**
 - Иглу вводят под углом 90°.
 - Место введения: средняя часть плеча (дельтовидная мышца), передне-верхняя часть бедра, мышца бедра (ягодичная мышца).
 - Объем инъекций часто до 2-5 мл.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 6

4.1. Тема: Клизмы. Установка чистящей клизмы. Установка сифонной клизмы. Поставить жирную клизму. Установка лекарственной клизмы.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Цель: обеспечить выведение пациентом физиологических выделений.

Показания к применению: применяется при опорожнении кишечника и мочевого пузыря больным, находящимся в строгом постельном и постельном режимах.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 48 стр из 84

Подготовьте: стерилизованный флакон для дефекации (судно), кленку, подгузник, перчатки, керму, воду, туалетную бумагу, емкость с дезинфицирующим раствором внутри, контейнер для безопасного удаления.

Алгоритм действий:

- 1.объясните пациенту цель и ход процедуры и получите его согласие.
- 2.промойте емкость для дефекации теплой водой, оставив в ней немного воды.
- 3.изолируйте пациента от окружающих людей с помощью натяжителя, снимите или откиньте одеяло до талии, положите кленку под бедра и подгузник поверх нее.
- 4.чистите руки гигиенически, надевайте перчатки.
- 5.помогите больному слегка приплюснуть одну челюсть, слегка согните ноги в коленях и раздвиньте бедра в стороны.
- 6.Помогите пациенту поднять бедро, вставив левую руку из стороны в сторону под восемь глаз.
- 7.правой рукой поднесите сосуд для дефекации к нижней части ягодиц пациента, повернув его к спине, чтобы его брюшко находилось прямо над отверстием для дефекации, после чего переместите подгузник к его талии.
- 8.накройте пациента одеялом или простыней и оставьте его в покое.
- 9.после того, как пациент испражняется, слегка поверните пациента на одну сторону, надавите на броню для дефекации правой рукой и вытащите ее из-под пациента.
- 10.протрите область анального отверстия туалетной бумагой. Поместите бумагу в емкость для дефекации.
- 11.соберите какашку, кленку, подгузник, керму. При необходимости замените сайлентблок.
- 12.помогите пациенту удобно лечь, накройте одеялом.
- 13.накройте емкость для дефекации подгузником или кленкой и отнесите в комнату для дефекации.
- 14.вылейте содержимое флакона для омовения в унитаз, встряхните его горячей водой.
- 15.поместите флакон для дефекации в емкость с дезинфицирующим раствором, полностью погрузив его. Поместите перчатки в контейнер для безопасного удаления.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

- 1.Основы медицинской этики и деонтологии.
- 2.основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция № 7

4.1. Тема: Постановка выпускных (масляных, солевых, лекарственных) клизм с помощью резиновой грушевидной баллонки. Установка ветрозащитной трубки. Поставить жирную клизму. Установка лекарственной клизмы. Кою солевую (гипертоническую) клизму.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

1. Установка клизмы с помощью резинового грушевидного баллона

Резиновый грушевидный баллон-специальное приспособление для заливки клизмы. Он содержит жидкость (жирную, соленую, лекарственную), которую пациенту вводят через задний проход.

Общий алгоритм:

1. Мытье рук, разъяснение пациенту состояния.
2. Наполнение прибора необходимой жидкостью (теплой, но не горячей).
3. Положив пациента на правую сторону, согните колено внутрь.
4. Смазка наконечника баллона (вазелин или медицинское масло).
5. Осторожно ввести конец баллона в задний проход (на глубину 5-7 см).
6. Медленное и постепенное введение жидкости.
7. Возьмите баллончик и помогите пациенту удерживать клизму (5-15 минут).
8. При необходимости организовать посещение туалета.

2. Установка дыхательной трубки (ректальный зонд)

- **Цель:** вывести кишечные газы и облегчить боль в животе.
- **Способ постановки:**
 1. Вымыв руки, пациент ложится на правую сторону.
 2. Зонд смазывает конец.
 3. Зонд осторожно вводят в задний проход (до 10-15 см).
 4. Ожидая выхода газа, он медленно перемещает зонд, если это необходимо.
 5. После использования зонд извлекают и очищают.

3. жирная клизма

- **Цель:** смягчить твердый стул внутри кишечника и облегчить эвакуацию.
- **Содержит:** минеральное масло или вазелиновое масло.
- **Способ укладки:** через резиновый баллон вводится теплое масло (100-150 мл).
- Пациент должен держать клизму 15-30 минут.

4. Установка лекарственной клизмы

- **Назначение:** введение противовоспалительных, антисептических или других терапевтических средств через прямую кишку.
- **Состав:** лекарственные средства, прописанные врачом (например, противогрибковые препараты, антибиотики).
- **Способ нанесения:** лекарственная жидкость вводится через резиновый баллон. Пациент держит клизму 15-30 минут.

5. Установка солевой (гипертонической) клизмы

- **Назначение:** промывание кишечника и размягчение стула.
- **Состав:** 1-2% физиологический раствор (около 100-200 мл).
- **Способ нанесения:** теплый физиологический раствор, а не горячий, медленно вводится через резиновый баллон или шприц.
- Пациент должен держать клизму 10-15 минут.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

4.1. Тема: Катетеризация мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря у женщин.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Проявления нарушения мочеполовой системы: отсутствие мочи, Недержание мочи, опухоли, дизурия, полиурия, анурия, олигурия, гематурия, поллакиурия.

Особенности ухода за пациентом при нарушениях мочеполовой системы. Методы сестринского обследования и самостоятельного вмешательства.

Понятие катетеризации мочевого пузыря. Показания и противопоказания к проведению процедуры.

Техника катетеризации мочевого пузыря у женщин и мужчин.

Обеспечение мочекаменной и дефекационной посудой.

Обеспечение личной гигиены и чистоты кожи между пахами

ПОМНИТЕ! Пациенты, страдающие недержанием мочи, испытывают дискомфорт из-за неприятного запаха, который они испытывают, и необходимости постоянно использовать приемник мочи. Поэтому он отказывается от общества и находится в социальной изоляции.

Ваши действия:

Всегда быть устойчивым, добрым, терпеливым.

Объяснить больному, что запах отсутствует при соблюдении всех требований дезинфекции и ухода.

Знакомство с другим пациентом, адаптированным к своему состоянию.

Иногда проблема больных с острой задержкой мочи объясняется наличием посторонних, их смущением. Вы можете:

Не показывать застенчивому пациенту свое нетерпение, гнев.

Временное оставление больного наедине в палате.

3. психологическая поддержка больного.

ПРАВИЛА ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ

Катетеризация мужчин проводится врачом с помощью жесткого и полутвердого катетера.

Если при установке катетера ощущается закупорка, его нельзя проводить с усилием, так как есть вероятность травмирования мочевыводящих путей. Катетер следует попробовать вытащить и снова вставить только через некоторое время. При безуспешных попытках катетер не следует вводить, о чем следует сообщить врачу.

Необходимо соблюдать все правила асептики, так как края слизи из мочевыводящих путей очень подвержены инфекции.

НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МОЧИ

Различают недержание мочи и недержание мочи. Недержание мочи-моча всегда капает из мочевого пузыря или иногда незаметно, выделяется сама по себе.

Недержание мочи - есть ощущение мочеиспускания, но пациент не может самостоятельно задерживать мочеиспускание.

МАНИПУЛЯЦИИ С НЕПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫДЕЛЕНИЕМ МОЧИ

Подача резиновой миски для дефекации с помощью приемника мочи. Мужчина постельного режима кладет на кровать стеклянный приемник мочи, который всегда находится между ног. Женщинам дают резиновую чашу для дефекации (можно использовать для мужчин). Резиновый стул может использоваться как круг для предотвращения порезов. Край резиновой емкости для дефекации необходимо

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 51 стр из 84

предварительно обернуть тканью (чтобы резиновая поверхность не соприкасалась с кожей). Если пациент, страдающий недержанием мочи, не прикован к постели, применяется специальный приемник мочи, который крепится ремнем к ягодицам, что не препятствует движению. Медсестра должна следить за наполнением приемника мочи и фекалий и вовремя опорожнять их.

Дезинфекция резервуара для дефекации приемником мочи. После использования мочеприемника мочу внутри сливают и промывают водой. Чтобы устранить запах мочи, мочеприемник 1 раз промывают слабыми растворами калийно-марганцевой кислоты или соляной кислоты.

Подготовка кровати. У лежачих и недержавших пациентов под белой простыней лежит клеенка, которая сама по себе защищает матрас от загрязнения. При возможности используется специальный матрас, в центре которого имеется специальное отверстие для посуды.

Уход за кожей: умывание больных. Кожа раздражается, воспаляется при постоянном воздействии мочи. Поэтому купать больного следует не реже 6 раз в сутки. После мытья шмеля на кожу наносят вазелин или вазелиновое масло, пасту Лассар. Для промывки используют слабо растворимый марганец или фурациллин, нагретый до 30-35 °C.

Предотвращение порезов. Больным с недержанием мочи медицинская сестра должна проводить профилактические мероприятия в полном объеме.

Смена одежды. По мере загрязнения одежды кроватью

ОБНАРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей в организме может незаметно выделяться жидкость. Скрытые опухоли в организме проявляются резким увеличением массы тела и уменьшением количества мочи. Скрытые опухоли должны регулярно измеряться пациентами. (1 раз в 3 дня). Желательно измерять одновременно, всегда в одной одежде, утром натощак после опорожнения кишечника и мочевого пузыря. Увеличение массы тела на 100-200 грамм свидетельствует о наличии скрытой опухоли.

Важной мерой при обнаружении опухоли является определение водного баланса. Чтобы определить водный баланс, медсестра ежедневно в течение дня сравнивает количество выделяемой мочи и количество выпитой жидкости, введенной в организм другими путями. Суточное количество выделяемой мочи называется суточным диурезом.

Если количество выделяемой мочи составляет 70-80% от количества налитой жидкости, это считается нормальным. Баланс водного баланса в равновесном положении. Пример: суточный диурез при выпивке 1 литра жидкости 800 мл.

1000 мл. -100%

800 мл. - x %

x = 80 %

Если моча выделяется в небольших количествах, это означает, что жидкость накапливается в организме. Если, наоборот, выделяется много мочи, то вывод жидкости через почки означает твердый (лечит мочегонное средство).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА

Алгоритм действий:

Приготовьте чистую сухую 3-литровую стеклянную банку с этикеткой.

Отделение палата, суточный диурез, Ф. И. О. пациента, дата подпись

2.разбудите 6,00 пациентов и попросите их помочиться. Выливаем полученную мочу (она не считается).

Круглосуточно вы собираете выделенную мочу (до 6,00 утра следующего дня) в банку или объясняете ее пациенту. Банку с мочой держим в прохладном месте.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 52 стр из 84

Добавляйте круглосуточно, записывая количество выпитой жидкости, продуктов, фруктов и порентерально вводимых растворов. Количество выпитой жидкости в виде фруктов соответствует их весу .

Запишите суточный диурез и количество выпитой жидкости в течение дня на бумаге для лечения пациентов.

ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ

Может развиваться в первые дни после операции или родов, после травм. Часто острая непроходимость мочи развивается как психологическая реакция на потребность здорового человека пользоваться миской. Прежде всего, медсестра пытается рефлекторно вывести мочу. Из комнаты вытаскивают посторонних и терпеливо отделяют пациента. (с разрешения врача) поместить больного из горизонтального положения в удобное положение , открыть кран с водой, промыть половые органы теплой водой. Установка теплого обогревателя над мочевым пузырем-эти меры могут вызвать рефлекторное мочеиспускание .

В случае неэффективности этих мер проводится катетеризация мочевого пузыря по назначению врача.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Установка катетера в мочевой пузырь проводится с помощью уретрального катетера. Уретральный катетер-это введение трубки в мочевой канал.

ТИПЫ КАТЕТЕРОВ

- резина (мягкая), железо (твердая), эластичность (полутвердая). Резиновый катетер представляет собой резиновую трубку длиной 25-30 см и диаметром от 0,33 до 10 мм. Конеч катетера закрыт, рядом овальное отверстие.(катетер Нелатона). Железный катетер Тимана имеет изогнутую морду на конце. Железный катетер состоит из держателя , стержня и клюва. Если длина катетера мужчины составляет 30 см, у женщин-12-15 см, у них небольшая изогнутая морда.

ПОКАЗАНИЯ К КАТЕТЕРИЗАЦИИ

- острая задержка мочи; -промывание мочевого пузыря ; -введение лекарств в мочевой пузырь; - забор мочи на обследование при отсутствии другого пути.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- травма мочевыводящих путей .

ДЕЗИНФЕКЦИЯ КАТЕТЕРОВ

Катетеры после использования проходят первые три этапа предбыточной обработки, после чего сдают ОПВ. Порядок обеззараживания: 1,1 атм (в автоклаве), выдерживается 120 °С , 45 минут .

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Мочевой пузырь промывают аппаратом при воспаленных заболеваниях мочевого пузыря (цистоскопия) по назначению врача.

Противопоказания: как при катетерах мочевого пузыря.

Подготовка пациента и инструментов

Перед процедурой проводится чистка наружных половых органов, как при катетеризации. Для проведения процедуры необходимы еще те же средства, стерильный шприц Жане подогретый до 37°С антисептический раствор (0,02% раствор фурацилина, слабый раствор перманганата калия, 0,1% раствор Риванола).

Промывание мочевого пузыря

алгоритм действий :

Катетеризация мочевого пузыря . Не перемещайте катетер после выхода мочи .

С помощью шприца Жане через катетер ввести 150-200 мл теплого (37-38 °С) раствора антисептика.

Опорожните шприц Жане из катетера.

Жидкость, введенная в мочевого пузырь, выливается:

Повторяйте процедуру (п. 2.3) до тех пор, пока жидкость, которая выходит, не очистится.

Выньте катетер.

Предупреждение ! Промытую жидкость дезинфицируют в 10% растворе хлора в соотношении 1: 1 в течение 60 минут.

4. 4. иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. литература:

На последней странице

4. 6. контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

3. понятие о ЖКТ, инфекционный процесс.

Лекция № 9

4.1. Тема: Катетеризация мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными.

4.3. Тезисы лекций:

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин (уретральная катетеризация)

Цель:

- Помощь в мочеиспускании, когда пациент не может мочиться самостоятельно, даже если в мочевыводящих путях нет посторонних предметов, камней, травм.
- Опорожнение мочевого пузыря, контроль успеваемости мочи.
- С целью медицинских исследований и лечения.

Необходимые инструменты:

- Катетер стерильный зонд (катетер Фолея)
- Растворы антисептиков (например, бетадин, спирт)
- Смазывающий гель (стерильный)
- Стерильные перчатки для рук
- Стерильная марля
- Сосуд для сбора мочи или сборщик, который подключается к катетеру

Этапы процедуры:

1. **Объяснение состояния пациента**
 - Дать уверенность, сообщив цель процедуры, ее прохождение.
2. **Мытье рук и ношение стерильных перчаток**
 - Для защиты от инфекции.
3. **Очистка открытой части мочеиспускания**
 - Промыть под проточной теплой водой и протереть антисептической марлей.
4. **Смазка катетера**
 - Хорошо смазать кончик иглового катетера и его первые 10-15 см стерильным смазочным гелем.
5. **Введение катетера**

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 54 стр из 84

- Осторожно удерживая уретру мужчины, постепенно вводите катетер внутрь через uretra (уретру).
- Вводить нужно до тех пор, пока длина не достигнет примерно 15-20 см.
- Когда вы достигаете мочевого пузыря, начинается отток мочи из конца катетера.

6. Установка катетера

- Если есть катетер Фолея, наполните баллон водой (5-10 мл), чтобы катетер оставался внутри мочевого пузыря.

7. Подключение катетера к сборщику мочи

- Обеспечение свободного оттока мочи.

8. Завершение процедуры

- Повторное мытье рук, чтобы пациенту было комфортно.

Важные правила:

- Катетеризация должна проводиться в стерильных условиях.
- Катетер нельзя вводить принудительно-если есть препятствие, следует сообщить об этом врачу.
- Необходимо работать быстро и осторожно, чтобы уменьшить боль пациента.
- Во время катетеризации существует риск заражения, поэтому следует уделять особое внимание гигиене.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №10

4.1. Тема: Подготовка больного к инструментальным методам исследования.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;
- Профилактика ЖКТ.

4.3. Тезисы лекций:

За последнее десятилетие XX века характеризуется стремительным развитием лучевой диагностики. Основная причина этого-появление целая серия "новые технологии«, резко расширяя интеллектуальный диагностический потенциал» старый" традиционная Радиология. С их помощью, по сути, концепция «закрытого» белые пятна, называемые классическая Радиология (например, патология всей группы паренхиматозные органы пространство позади брюшной полости и брюшной полости). Для большой группы болезней внедрение этих технологий резко изменило возможности рентгенологической диагностики .

Чаще всего именно за счет дохода лучевой диагностики в ведущих клиниках Америки и Европы срок постановки диагноза не превышает 40-60 минут поступления пациента в стационар. Это слово обычно используется в серьезных urgentных случаях, когда промедление часто приводит к необратимые эффекты. Кроме того, больничная койка, часто был используется для диагностические мероприятия. Все необходимые предварительные исследования, и, прежде всего, лучевые, выполняются на догоспитальном этапе.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 55 стр из 84

Радиологические процедуры являются наиболее распространенными и обязательными для лабораторных исследований, уступая лишь второе место по частоте. Сводная статистика показывает, что благодаря крупным мировым медицинским центрам количество методов лучевым не превышает сегодня 4% пациентов при первом обращении с ошибочным диагнозом.

Современные средства визуализации отвечают следующим основополагающим принципам: безукоризненное качество изображения, надежность работы медицинского персонала, как для безопасности оборудования, так и для пациентов.

Цель работы: получение знаний о инструментальных методах обследования пациентов при рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых исследованиях.

Инструментальные методы рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых исследований

Методы исследования структура и функции органов с помощью специальной аппаратуры человека называют инструментальной. Они используются с целью врачебная диагностика. Многие из них требуют от пациента физической, психологической подготовки. Медсестра обязательно должна владеть технологией подготовки больных к инструментальным исследованиям.

.1 методы рентгенологического исследования

Радиология (рентген) исследование основано на свойстве рентгеновских лучей в разной степени проникать через ткань организма. Степень поглощения рентгеновского излучения зависит от толщины, плотности и физико-химического состава, органов и тканей человека, поэтому плотные органы и ткани (кости, сердце, печень, крупные сосуды) визуализируются на экране (рентгеновским флюоресцирующим или телевизионным) тенями для век, а легочная ткань вследствие большого количества воздуха представлена областью яркого свечения. Вильгельм Конрад Рентген (1845-1923) был немецким физиком-исследователем, Казах Радиология, открыт в 1895 г. X-лучи (рентгеновские лучи). Рентгеновское изображение, предназначенное для кишечника можно увидеть с контрастом, чтобы изменить отверстие в кишечник, увеличить длину органа и т. д.

Кабинет рентгенодиагностики.

Его основные методы рентгенологического исследования следующие:

. Рентгеноскопия (грек. skopeo-просмотр, наблюдение) - рентгенологическое исследование, в режиме реального времени. Динамическое изображение на экране, позволяющее изучить двигательную функцию органов (например, пульсацию сосудов, моторику желудочно-кишечного тракта);также проявляется строение органов.

. Рентгенография (греч. grapho-запись) - рентгенологическое исследование с фиксацией неподвижного изображения на специальной рентгеновской пленке или фотобумаге. Изображение цифровой рентгенографии регистрируется во время память компьютер. Использует пять типов рентгенография.

Полноформная рентгенография.

Флюорография (малоформная рентгенография) — рентгенография с уменьшенным размером снимаемого изображения на флюоресцирующем экране (лат. fluo-поток, поток); его используют в профилактических исследованиях органов дыхания.

Обзорная рентгенография-изображение цельной анатомической области.

Прицельная рентгенография-изображение ограниченного участка исследуемого органа.

Серийная рентгенография-это процесс, который считается для изучения динамики нескольких рентгенограмм для последовательного получения.

. Томография (греч. tomos-разрез, пласт, слой) - метод послойной визуализации, обеспечивающий визуализацию тканей слоя изображения с использованием заданной

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 56 стр из 84

толщины рентгеновской трубки и кассет с пленкой (рентгеновская томография) или подключенных к специальным учетным камерам, электрические сигналы передаются на компьютер (компьютерная томография).

. Контрастная рентгеноскопия или рентгенография) - рентгенологический метод исследования основан на введении полых органов (bronхов, желудка, почек лоханки и мочеточники и т.д.) или сосудов (ангиография), специальных (рентгеноконтрастных) веществ, задерживающих рентгеновское излучение в результате на экране (фотопленке) получают четкое изображение изученного.

Перед рентгенологическим исследованием необходимо освободить область планируемого исследования одежды, мазевых повязок, наклеек из лейкопластыря, электродов для мониторирувания ЭКГ и т.д., металлических украшений и подвешивания.

Рентгенологические исследования являются важным методом исследования органов грудной клетки при заболеваниях органов дыхания и ССС у пациентов.

Рентгеноскопия и рентгенография являются наиболее часто используемыми методами дыхания для исследования. Рентгенологическое исследование позволяет оценить состояние образования легочной ткани, при котором происходит уплотнение участков и высокое наполнение воздуха жидкостью или воздухом плевральных полостей. Подготовка специального пациента не требуется. Проводит исследование состояние больного или состояние тяжелобольного"»

Контрастная рентгенография бронхов (фиксация, решение ситуационных задач) используется для выявления опухолевых процессов в гортани, расширения бронхов (бронхоэктазов) и полый легочной ткани (абсцессов, каверны). Рентгеноконтрастное вещество вводится в полость бронхов.

Подготовка проводится бронхографией больного, состоит из нескольких этапов:

. Проведение проб индивидуальной переносимости йодсодержащих препаратов (йодная проба): В течение 2-3 дней по назначению врача пациенту рекомендуют пить по 1 ст. л. 3% раствор, йодид калия. Второй вариант проведения йодных проб: недавнее исследование показало, что гладкая внутренняя поверхность предплечья пациента обрабатывается 5% спиртовым раствором йода. Необходимо расспросить о перевозке больного, дать ему медикаменты, в частности анестетики (тетракаина, лидокаин, прокаина), при необходимости провести внутрикожные аллергологические пробы. В истории болезни необходимо (провести день пробоотбора препаратов, подробное описание состояния больного (наличие или отсутствие признаков повышенной чувствительности); обязательно подписать медицинской сестры, наблюдавшей за пациентом в течение 12 часов после пробоотбора.

. Очищение бронхиального дерева при наличии гнойной мокроты: 3-4 дня по назначению врача больному назначается бронхиальный дренаж (при приеме у пациента соответствующей оптимальной для отхаркивания мокроты, правил приподнятым ножным концом кровати), отхаркивающие и бронхорасширяющие средства.

. Психологическая подготовка: пациенту необходимо объяснить цель и необходимость предстоящего исследования. В ряде случаев у пациентов перед исследованием может развиваться бессонница, подъем БА. В этом случае по назначению врача пациенту дают успокаивающие и гипотензивные препараты.

. Непосредственное приготовление перед обследованием пациента дает пациенту легкий ужин (исключая молоко, капусту, мясо). Необходимо предупредить, что исследование больного натошак; утром в день исследования он также должен пить воду, лекарства, курить. Пациенту необходимо не забывать, что перед исследованием он должен опорожнить мочевой пузырь и кишечник (естественным путем).

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 57 стр из 84

. Премедикация: 30-60 минут исследования по назначению врача пациенту вводят специальные препараты (диазепам, атропин и др.) С целью создания условий для свободного бронхоскопа. У пациента, которому необходимо уделять основное внимание, могут развиваться даже после исследования, следующие осложнения:

появление или кашель с выделением мокроты с большим количеством рентгеноконтрастного вещества (иногда вводимое вещество выделяется в течение 1-2 суток); при этом больной должен быть обеспечен специальной банкой (плевательницей) мокроты;

повышение температуры тела;

развитие пневмония (в редких случаях плохое разделение контрастных веществ).

При появлении у больного таких симптомов на бронхографии, как повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, появление резкого кашля, одышка, медсестра немедленно сообщает об этом врачу.

Рентгеноскопия и рентген также часто используются для исследования ССС (сердце, аорта, легочная артерия). Рентгенологическое исследование позволяет определить размеры сердца и его камер, наличие крупных кровеносных сосудов, смещение сердца и его подвижность при сокращениях в полости жидкости перикарда. При необходимости пациенту предлагают выпить небольшое количество рентгеноконтрастного вещества (смеси сульфата бария), что позволяет контрастировать с пищеводом и по степени его сдвига высказать мнение о степени увеличения той же предсердия. Подготовка специального пациента не требуется.

Контрастная рентгенография (ангиокардиография) используется для определения состояния крупных кровеносных сосудов и камер сердца. Рентгеноконтрастное вещество вводят через крупные сосуды и полость сердца специальными зондами. Эта процедура на самом деле является хирургической операцией, которая проводится специально оборудованным операционным, как правило, кардиохирургическим отделением. Недавно пациенту необходимо провести исследование пробной емкости йодсодержащих препаратов и анестетиков. Исследование натошак. Кроме того, медицинская сестра должна обратить особое внимание на пациента после проведения исследования, так как введение в полость сердца рентгеноконтрастного вещества может вызвать не только ранние и поздние осложнения. Рентгенологическое исследование органов пищеварения позволяет оценить состояние полости (пищевода, желудка, кишечника, желчевыводящих путей) и паренхиматозного (печени, поджелудочной железы). Рентгенография и рентгеноскопия органов пищеварения без рентгеноконтрастных веществ применяются с целью выявления кишечной непроходимости или перфорации желудка и кишечника. Использование рентгеноконтрастных веществ (добавок сульфата бария) позволяет выявить двигательную функцию и рельеф слизистой пищеварительного тракта, наличие язв, опухолей, сужение или расширение участков, различных отделов пищеварения.

Исследование пищевода. Подготовка пациента к рентгенологическое исследование пищевода связанные показания.

Для выявления инородного тела в пищеводе специальной подготовки не требуется.

Для оценки двигательной функции пищевода и его контуров (определение участков сужения и расширения, опухолей и т.д.) проводят рентгеноскопию и/или серийную рентгенографию; при этом пациенту до обследования дают выпить рентгеноконтрастное вещество (150-200 мл смеси сульфата бария).

Если требуется дифференциальная диагностика органического сужения и функционального поражения (спазмов пищевода), за 15 минут до обследования по назначению врача вводят больной-1 мл 0,1% раствора атропина. При выраженном

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 58 стр из 84

органическом сужении пищевода с помощью толстого зонда и резиновой груши проводят отсасывание из пищевода скопившейся жидкости.

Исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Подготовка больного к проведению рентгенологического исследования высвобождение этого раздела исследование пищевых масс и газов пищеварительного тракта на срок до нескольких дней. Этапы подготовки больного следующие.

. Цель 3 дня до исследования диеты, исключая питание, богатой растительной клетчаткой, содержащей другие вещества, способствующие образованию газов. Необходимо исключить питание ржи свежеспеченный хлеб, картофель, горох, молоко, овощи и фрукты, фруктовые соки.

. Недавнее исследование предписывает пациенту легкий ужин (не менее 8 часов в час). Яйца, сметана, икра, сыр, мясо и рыба без добавок, специи, чай или кофе без сахара, каша, сваренная в воде.

. Вчера вечером и 2 часа утром перед исследованием пациенту ставят очищение клизму.

. Пациент должен до 12 часов исследования он должен прекратить прием пищи, утром в день исследования он также должен пить, принимать любые лекарственные средства, курить.

Исследование толстая кишка. Для проведения рентгенологического исследования, кишечно-ирригоскопии (лат. irrigatio-орошение) - необходимо полное очищение кишечника от содержимого и газов. Рентгеноконтрастное вещество — 1,5 л теплого (36-37 °C) сульфата бария-вводится в кишечник с помощью клизмы непосредственно в рентгенологическом кабинете. Противопоказания к проведению ирригоскопии: заболевания прямой кишки и ее сфинктера (воспаление, опухоль, свищ, стаз сфинктера). Возможно, ситуация, когда пациенту вводят, удерживая жидкость в кишечнике (выпадение прямой кишки, слабость дефицит сфинктера), так что он не может выполнить эту процедуру.

Этапы подготовки исследования пациента:

. Назначать на 2-3 дня до исследования диеты, исключая питание, богатой растительной клетчаткой, содержащей другие вещества, способствующие высшему образованию газов. Необходимо исключить питание из спелого черного хлеба, картофеля, гороха, свежесобранного молока, свежих овощей и фруктов, фруктовых соков.

. Недавнее исследование предписывает пациенту легкий ужин (не менее 8 часов в час). Приготовление омлета, кефира, икры, сыра, вареного мяса и рыбы без добавления специй, чая или кофе без сахара, манной каши, сваренной в воде.

. Перед недавним исследованием на обед пациенту дают 30 г масла майсаны для питья (противопоказано принимать масло майсаны при кишечной непроходимости).

. Вчера вечером (после 30-40 мин после ужина) пациенту ставят очистку клизмы с интервалом в 1 час до получения «чистых» промытых вод.

. Утром за 2 часа до исследования пациенту ставят очистку клизмы а также до получения «чистых» промытых вод.

. Исследование натошак. При необходимости, по назначению врача пациенту утром разрешается легкий белковый завтрак (нежирный сыр, суфле из взбитых белков или белковых омлетов, запеченная рыба), позволяющий вызвать рефлекторное движение содержимого тонкой кишки » в толстую и предотвращать скопление газов в кишечнике. В этом случае утреннее очищение клизму ставят через 20-30 минут после завтрака.

. До 30 минут исследования пациенту вводят газоотводящую трубку.

Другим способом очистка перед кишечником в качестве рентгенологического и эндоскопического исследования как пероральный лаваж. Он используется для реализации

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 59 стр из 84

изоосмотические растворы, такие как фортранс. Упаковка фортранса предназначена для одного пациента в четырех упаковках по 64 г полиэтиленгликоля в сочетании с 9 г электролита-сульфата натрия, бикарбоната натрия, хлорида натрия и хлорида калия. Каждый пакетик разморозить и залить 1 л кипятка. Обычно первые 2 л раствора назначают пациенту во второй половине дня, предыдущее исследование; на вторую порцию дают 1,5-2 л в день утром исследование. Действие препарата (очищение кишечника) сопровождается болевыми ощущениями и тенезмами начинается через 50-80 минут после начала приема раствора продолжается в течение 2-6 часов после очищения кишечника или повторного назначения фортранса начинается утром, а затем через 20-30 минут после приема препарата. Применение фортранса противопоказано при наличии у больного неспецифического язвенного колита, болезни Крона, кишечной непроходимости, боли в животе парентерально.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №11

4.1. Тема: Подготовка больного к лабораторным методам исследования.

4.2. Цель:

- Знание организации плана сестринского ухода;
- Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

Подготовка больного к лабораторному исследованию

1. Общие положения

- Разъяснение пациенту цели исследования и значения подготовки.
- Соблюдение личной гигиены пациента.
- Соблюдение режима питания, приема лекарств в соответствии с указаниями врача перед обследованием.

2. Еда и питье

- Для большинства анализов крови перед исследованием необходимо поддерживать голод в течение 8-12 часов (пропуск воды для питья).
- Следует избегать продуктов и напитков, которые влияют на такие показатели, как уровень сахара в крови, липиды, ферменты, гормоны.
- Для некоторых исследований (например, липидный профиль) важно время последнего приема пищи.

3. прием лекарств

- О лекарствах, влияющих на анализы крови, необходимо сообщить врачу.
- Без консультации с врачом некоторые лекарства, возможно, придется временно прекратить перед исследованием.

4. физическая активность

- Перед исследованием следует избегать интенсивных физических нагрузок, так как это может изменить некоторые показатели.

5. специальная подготовка перед исследованием

- Соблюдение специальных правил сбора при сборе мочи, кала, слюны, слизи, других биологических материалов.
- Может быть временная диета или обезвоживание перед исследованием.

6. Выбор времени исследования

- Некоторые исследования (например, гормоны) должны проводиться в определенное время дня (утренник, натошак).

7. эмоциональное состояние

- Пациенту следует избегать стресса и беспокойства, так как это может повлиять на результат исследования.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.

2. основные типы, структура и организация работы медицинских организаций.

Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.

Лекция №12

4.1. Тема: Подготовка больного к эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям

4.2. Цель:

* Знание организации плана сестринского ухода;

* Обучение качественному уходу за больными;

4.3. Тезисы лекций:

.1 методы рентгенологического исследования

Радиология (рентген) исследование основано на свойстве рентгеновских лучей в разной степени проникать через ткань организма. Степень поглощения рентгеновского излучения зависит от толщины, плотности и физико-химического состава, органов и тканей человека, поэтому плотные органы и ткани (кости, сердце, печень, крупные сосуды) визуализируются на экране (рентгеновским флюоресцирующим или телевизионным) тенями для век, а легочная ткань вследствие большого количества воздуха представлена областью яркого свечения. Вильгельм Конрад Рентген (1845-1923) был немецким физиком-исследователем, Казах Радиология, открыт в 1895 г. X-лучи (рентгеновские лучи). Рентгеновское изображение, предназначенное для кишечника можно увидеть с контрастом, чтобы изменить отверстие в кишечник, увеличить длину органа и т. д.

Кабинет рентгенодиагностики.

Его основные методы рентгенологического исследования следующие:

. Рентгеноскопия (грек. skopeo-просмотр, наблюдение) - рентгенологическое исследование, в режиме реального времени. Динамическое изображение на экране, позволяющее изучить двигательную функцию органов (например, пульсацию сосудов, моторику желудочно-кишечного тракта); также проявляется строение органов.

. Рентгенография (греч. grapho-запись) - рентгенологическое исследование с фиксацией неподвижного изображения на специальной рентгеновской пленке или фотобумаге. Изображение цифровой рентгенографии регистрируется во время память компьютер. Использует пять типов рентгенография.

Полноформная рентгенография.

Флюорография (малоформная рентгенография) — рентгенография с уменьшенным размером снимаемого изображения на флюоресцирующем экране (лат. fluor-поток, поток); его используют в профилактических исследованиях органов дыхания.

Обзорная рентгенография-изображение цельной анатомической области.

Прицельная рентгенография-изображение ограниченного участка исследуемого органа.

Серийная рентгенография-это процесс, который считается для изучения динамики нескольких рентгенограмм для последовательного получения.

. Томография (греч. tomos-разрез, пласт, слой) - метод послойной визуализации, обеспечивающий визуализацию тканей слоя изображения с использованием заданной толщины рентгеновской трубки и кассет с пленкой (рентгеновская томография) или подключенных к специальным учетным камерам, электрические сигналы передаются на компьютер (компьютерная томография).

. Контрастная рентгеноскопия или рентгенография) - рентгенологический метод исследования основан на введении полых органов (bronхов, желудка, почек лоханки и мочеточники и т.д.) или сосудов (ангиография), специальных (рентгеноконтрастных) веществ, задерживающих рентгеновское излучение в результате на экране (фотопленке) получают четкое изображение изученного.

Перед рентгенологическим исследованием необходимо освободить область планируемого исследования одежды, мажевых повязок, наклеек из лейкопластыря, электродов для мониторингирования ЭКГ и т.д., металлических украшений и подвешивания.

Рентгенологические исследования являются важным методом исследования органов грудной клетки при заболеваниях органов дыхания и ССС у пациентов.

Рентгеноскопия и рентгенография являются наиболее часто используемыми методами дыхания для исследования. Рентгенологическое исследование позволяет оценить состояние образования легочной ткани, при котором происходит уплотнение участков и высокое наполнение воздуха жидкостью или воздухом плевральных полостей. Подготовка специального пациента не требуется. Проводит исследование состояние больного или состояние тяжелообольного"»

Контрастная рентгенография бронхов (фиксация, решение ситуационных задач) используется для выявления опухолевых процессов в гортани, расширения бронхов (бронхоэктазов) и полый легочной ткани (абсцессов, каверны). Рентгеноконтрастное вещество вводится в полость бронхов.

Подготовка проводится бронхографией больного, состоит из нескольких этапов:

. Проведение проб индивидуальной переносимости йодсодержащих препаратов (йодная проба): В течение 2-3 дней по назначению врача пациенту рекомендуют пить по 1 ст. л. 3% раствор, йодид калия. Второй вариант проведения йодных проб: недавнее исследование показало, что гладкая внутренняя поверхность предплечья пациента обрабатывается 5% спиртовым раствором йода. Необходимо расспросить о перевозке больного, дать ему медикаменты, в частности анестетики (тетракаина, лидокаин, прокаина), при необходимости провести внутрикожные аллергологические пробы. В истории болезни необходимо (провести день пробоотбора препаратов, подробное описание состояния больного (наличие или отсутствие признаков повышенной чувствительности); обязательно подписать медицинской сестры, наблюдавшей за пациентом в течение 12 часов после пробоотбора.

. Очищение бронхиального дерева при наличии гнойной мокроты: 3-4 дня по назначению врача больному назначается бронхиальный дренаж (при приеме у пациента соответствующей оптимальной для отхаркивания мокроты, правил приподнятым ножным концом кровати), отхаркивающие и бронхорасширяющие средства.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 62 стр из 84

. Психологическая подготовка: пациенту необходимо объяснить цель и необходимость предстоящего исследования. В ряде случаев у пациентов перед исследованием может развиваться бессонница, подъем БА. В этом случае по назначению врача пациенту дают успокаивающие и гипотензивные препараты.

. Непосредственное приготовление перед обследованием пациента дает пациенту легкий ужин (исключая молоко, капусту, мясо). Необходимо предупредить, что исследование больного натошак; утром в день исследования он также должен пить воду, лекарства, курить. Пациенту необходимо не забывать, что перед исследованием он должен опорожнить мочевой пузырь и кишечник (естественным путем).

. Премедикация: 30-60 минут исследования по назначению врача пациенту вводят специальные препараты (диазепам, атропин и др.) С целью создания условий для свободного бронхоскопа. У пациента, которому необходимо уделять основное внимание, могут развиваться даже после исследования, следующие осложнения:

появление или кашель с выделением мокроты с большим количеством рентгеноконтрастного вещества(иногда вводимое вещество выделяется в течение 1-2 суток); при этом больной должен быть обеспечен специальной банкой (плевательницей) мокроты;

повышение температуры тела;

развитие пневмония (в редких случаях плохое разделение контрастных веществ).

При появлении у больного таких симптомов на бронхографии, как повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, появление резкого кашля, одышка, медсестра немедленно сообщает об этом врачу.

Рентгеноскопия и рентген также часто используются для исследования ССС (сердце, аорта, легочная артерия). Рентгенологическое исследование позволяет определить размеры сердца и его камер, наличие крупных кровеносных сосудов, смещение сердца и его подвижность при сокращениях в полости жидкости перикарда. При необходимости пациенту предлагают выпить небольшое количество рентгеноконтрастного вещества (смеси сульфата бария), что позволяет контрастировать с пищеводом и по степени его сдвига высказать мнение о степени увеличения той же предсердии. Подготовка специального пациента не требуется.

Контрастная рентгенография (ангиокардиография) используется для определения состояния крупных кровеносных сосудов и камер сердца. Рентгеноконтрастное вещество вводят через крупные сосуды и полость сердца специальными зондами. Эта процедура на самом деле является хирургической операцией, которая проводится специально оборудованным операционным, как правило, кардиохирургическим отделением. Недавно пациенту необходимо провести исследование пробной емкости йодсодержащих препаратов и анестетиков. Исследование натошак. Кроме того, медицинская сестра должна обратить особое внимание на пациента после проведения исследования, так как введение в полость сердца рентгеноконтрастного вещества может вызвать не только ранние и поздние осложнения. Рентгенологическое исследование органов пищеварения позволяет оценить состояние полости (пищевода, желудка, кишечника, желчевыводящих путей) и паренхиматозного (печени, поджелудочной железы). Рентгенография и рентгеноскопия органов пищеварения без рентгеноконтрастных веществ применяются с целью выявления кишечной непроходимости или перфорации желудка и кишечника. Использование рентгеноконтрастных веществ (добавок сульфата бария) позволяет выявить двигательную функцию и рельеф слизистой пищеварительного тракта, наличие язв, опухолей, сужение или расширение участков, различных отделов пищеварения.

Исследование пищевода. Подготовка пациента к рентгенологическое исследование пищевода связанные показания.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		80-11-2025 () 63 стр из 84

Для выявления инородного тела в пищеводе специальной подготовки не требуется.

Для оценки двигательной функции пищевода и его контуров (определение участков сужения и расширения, опухолей и т.д.) проводят рентгеноскопию и/или серийную рентгенографию; при этом пациенту до обследования дают выпить рентгеноконтрастное вещество (150-200 мл смеси сульфата бария).

Если требуется дифференциальная диагностика органического сужения и функционального поражения (спазмов пищевода), за 15 минут до обследования по назначению врача вводят больной-1 мл 0,1% раствора атропина. При выраженном органическом сужении пищевода с помощью толстого зонда и резиновой груши проводят отсасывание из пищевода скопившейся жидкости.

Исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Подготовка больного к проведению рентгенологического исследования высвобождение этого раздела исследование пищевых масс и газов пищеварительного тракта на срок до нескольких дней. Этапы подготовки больного следующие.

- Цель 3 дня до исследования диеты, исключая питание, богатой растительной клетчаткой, содержащей другие вещества, способствующие образованию газов. Необходимо исключить питание ржи свежеспеченный хлеб, картофель, горох, молоко, овощи и фрукты, фруктовые соки.

- Недавнее исследование предписывает пациенту легкий ужин (не менее 8 часов в час). Яйца, сметана, икра, сыр, мясо и рыба без добавок, специи, чай или кофе без сахара, каша, сваренная в воде.

- Вчера вечером и 2 часа утром перед исследованием пациенту ставят очищение клизму.

- Пациент должен до 12 часов исследования он должен прекратить прием пищи, утром в день исследования он также должен пить, принимать любые лекарственные средства, курить.

Исследование толстая кишка. Для проведения рентгенологического исследования, кишечно-ирригоскопии (лат. irrigatio-орошение) - необходимо полное очищение кишечника от содержимого и газов. Рентгеноконтрастное вещество — 1,5 л теплого (36-37 °C) сульфата бария-вводится в кишечник с помощью клизмы непосредственно в рентгенологическом кабинете. Противопоказания к проведению ирригоскопии: заболевания прямой кишки и ее сфинктера (воспаление, опухоль, свищ, crack сфинктера). Возможно, ситуация, когда пациенту вводят, удерживая жидкость в кишечнике (выпадение прямой кишки, слабость дефицит сфинктера), так что он не может выполнить эту процедуру.

Этапы подготовки исследования пациента:

- Назначать на 2-3 дня до исследования диеты, исключая питание, богатой растительной клетчаткой, содержащей другие вещества, способствующие высшему образованию газов. Необходимо исключить питание из спелого черного хлеба, картофеля, гороха, свежесобранного молока, свежих овощей и фруктов, фруктовых соков.

- Недавнее исследование предписывает пациенту легкий ужин (не менее 8 часов в час). Приготовление омлета, кефира, икры, сыра, вареного мяса и рыбы без добавления специй, чая или кофе без сахара, манной каши, сваренной в воде.

- Перед недавним исследованием на обед пациенту дают 30 г масла майсаны для питья (противопоказано принимать масло майсаны при кишечной непроходимости).

- Вчера вечером (после 30-40 мин после ужина) пациенту ставят очистку клизмы с интервалом в 1 час до получения «чистых» промытых вод.

- Утром за 2 часа до исследования пациенту ставят очистку клизмы а также до получения «чистых» промытых вод.

. Исследование натошак. При необходимости, по назначению врача пациенту утром разрешается легкий белковый завтрак (нежирный сыр, суфле из взбитых белков или белковых омлетов, запеченная рыба), позволяющий вызвать рефлексорное движение содержимого тонкой кишки » в толстую и предотвращать скопление газов в кишечнике. В этом случае утреннее очищение клизму ставят через 20-30 минут после завтрака.

. До 30 минут исследования пациенту вводят газоотводящую трубку.

Другим способом очистка перед кишечником в качестве рентгенологического и эндоскопического исследования как пероральный лаваж. Он используется для реализации изотонических растворов, такие как фортранс. Упаковка фортранса предназначена для одного пациента в четырех упаковках по 64 г полиэтиленгликоля в сочетании с 9 г электролита-сульфата натрия, бикарбоната натрия, хлорида натрия и хлорида калия. Каждый пакетик разморозить и залить 1 л кипятка. Обычно первые 2 л раствора назначают пациенту во второй половине дня, предыдущее исследование; на вторую порцию дают 1,5-2 л в день утром исследование. Действие препарата (очищение кишечника) сопровождается болевыми ощущениями и тенезмами начинается через 50-80 минут после начала приема раствора продолжается в течение 2-6 часов после очищения кишечника или повторного назначения фортранса начинается утром, а затем через 20-30 минут после приема препарата. Применение фортранса противопоказано при наличии у больного неспецифического язвенного колита, болезни Крона, кишечной непроходимости, боли в животе парентерально.

4. 4. Иллюстративный материал: слайд 15-20

4. 5. Литература:

- Морозова, Г. И. Основы сестринского дела. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С. 256
- Адилова, Л. М. алгоритмы манипулятивной деятельности медицинской сестры: учеб. пособие = алгоритм сестринских манипуляций: учебное пособие. –М. :«Литтерра», 2016. – 248 бет с.
- Вац, Н. основы сестринского дела (сестринский уход за больными отдельных социальных групп) = Основы сестринского дела (сестринская помощь по уходу за отдельными социальными группами лиц): учеб. пособие / Н. Вац, А. Сабырханова, К. Касенова. - ; Астана: Фолиант, 2011. - 280 С. с. -

Дополнительная литература

- Мухина, С. А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». –М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 512 с. -
- Нурманова, М. Ш. сборник стандартов сестринских технологий по дисциплине "Основы сестринского дела": сборник / М. Ш. Нурманова, Ж. Т. Матакова, Э. Т. Бейскулова ;Караганда : ИП «Акнур», 2012. – 250 С. с. -

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основы медицинской этики и деонтологии.
2. Основные типы, структура и организация работы медицинских организаций. Санитарно-эпидемиологический порядок, виды, способы, средства в медицинских организациях.