

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ

Учебная дисциплина: «Сестринская помощь при инфекционных заболеваниях» ПМ.02. МДК.02.01.08

Тема лекции: «Сестринская помощь при ОКИ»

Методическое обоснование темы

Программой ФГОС третьего поколения среднего профессионального образования предусмотрены следующие требования к знаниям:

студент - выпускник медицинского колледжа в области ОКИ должен знать:

1. Этиологию и эпидемиологию ОКИ
2. Основные симптомы
3. Сестринский уход за пациентами ОКИ

Лекционное занятие:

Структура лекционного занятия: организационный момент; формулирование темы и ее обоснование, определение цели занятия и сообщение плана; изложение нового учебного материала; закреплен материала; подведение итогов занятия и домашнее задание.

По теме занятия приводится список литературы для самоподготовки, что не исключает возможность студентов самостоятельно расширять этот список с целью углубления знаний по данной теме. Подбор научных источников полезен при подготовке студентами докладов, рефератов, презентаций или при выполнении самостоятельных работ.

По форме организации лекционное занятие является:

1. лекцией с опорным конспектом;
2. элементами беседы;

Оснащение занятия: таблицы, слайды и т.д.

Цели занятия:

Учебные:

Иметь представление:

1. Основные причины ОКИ
2. Клинические симптомы.

Знать:

1. Оказании первой помощи: а) промывание желудка;
б) клизмы.
2. Забор лабораторного материала

Воспитательные:

- воспитывать такие качества, как вежливость, отзывчивость, тактично необходимые для межличностного и профессионального общения,
- сформировать стремление и творческое отношение к знаниям;
- воспитывать уважительное отношение к личности;
- формировать добросовестное отношение к труду.

Развивающие:

- развивать такие психологические функции, как абстрактное мышление, обобщение синтез, дифференцирование;
- развивать познавательную активность и умения применять теоретические познания на практике;
- развить такие психологические функции как мышление, способность к анализу, синтезу, обобщению, абстрагированию
- развить познавательную активность

Общие:

1. Неотложная помощь при ОКИ
2. Сестринский уход и решение проблем

Структура лекционного занятия. Этапы планирования занятия.

№	Название этапа	Краткое описание деятельности		Цель	Время	Оснащение
		преподавателя	Студентов			
1.	Организация занятия	Отмечает отсутствующих. Уточняет готовность студентов к занятию.	Готовят Лекционные тетради	Мобилизовать студентов на работу	1 мин	Журнал успеваемости и посещаемости группы
2.	Формирование темы и ее обоснование	Сообщает тему, акцентирует внимание на ее значимости.	Записывают в тетрадь тему, слушают обоснование	Раскрыть теоретическую значимость темы	2 мин	Тетрадь для лекционных занятий
3.	Определение цели занятия	Сообщает цели занятия	Записывают цели занятия	Показать студентам конечный результат	2 мин	Тетрадь для лекционных занятий
4.	Сообщение плана занятия	Сообщает план занятия	Записывают план занятия	Конкретизировать внимание студентов	5 мин	Тетрадь для лекционных занятий
5.	Изложение нового учебного материала	Излагает новый материал учащимся в соответствии с планом	Записывают новый материал в соответствии с планом	Углубление и расширение знаний студентов по теме	60-70 мин	Тетрадь, таблицы, слайды мультимед. установка.

Тип Урока: Практика

Вид урока: Кейс – метод

Метод обучения: диалог, ролевая игра

Форма организации:

Средства технологической поддержки учебной работы!

Технические средства: таблицы, слайды, муляжи, ноутбук.

№	Структурные элементы	Содержание занятия	Методы
1.	Введение в тему	Приветствие	Монолог
2.	Мотивация учебной деятельности	Актуальность темы	Монолог
3.	Контроль исходного уровня знаний	Фронтальный опрос Логический диктант	Тестирование
4.	Отработка различных ситуаций	Выбор правильного решения по предложенной ситуации	Ролевая игра
5.	Этапный контроль	Прослушивание диалога	Тестирование
6.	Решение ситуационных задач	Диалог	Кейс – метод
7.	Рефлексия	Высказывание собственного мнения о проделанной работе	Обмен мнениями

Оснащение и средства оптимизации: тонометр, фонендоскоп, фантомы, емкости для сбора биологического материала, сывороточные шприцы, два толстых желудочных зонда длиной 1 м и внутренним диаметром не менее 10 мм, соединенных стеклянной трубкой и воронку вместимостью 1 л; 10-12 л воды комнатной температуры; кувшин (кружку), ведро для собирания промывных вод, клеенку, фартук, вазелин.

Хронокарта практического занятия

	Структурные элементы урока	Время
1	Организационный момент	5 мин
2	Мотивация учебной деятельности	5 мин
3	Контроль исходного уровня знаний а) логический диктант б) этапный (фронтальный, индивидуальный) в) заключительный	40 мин
4	Актуализация опорных знаний	5 мин
5	Отработка различных ситуаций	20 мин
6	Самостоятельная работа студентов	80 мин
7	Решение ситуационных задач	35 мин
8	Работа с дневниками и тетрадями манипуляций, обобщение и систематизация усвоенных знаний, умений, навыков	25 мин
9	Подведение итогов и выставление оценок	15 мин
10	Домашнее задание	5 мин
11	Уборка аудитории	10 мин
	Всего	240 мин

План урока

1. Организационный момент.
2. Мотивация учебной деятельности.
3. Контроль исходного уровня знаний.
4. Решение ситуационных задач.
5. Организация самостоятельной работы студентов.
6. Домашнее задание.
7. Рефлексия.

Ход урока

1. Организационный момент.
2. Мотивация учебной деятельности:
 - а) Сообщение темы и целей урока
 - б) План занятия для студентов
 - в) Опрос студентов
3. Организация самостоятельной работы студентов.
4. Проверка выполненных работ, обсуждение допущенных ошибок и их коррекция.
5. Домашнее задание.

Методические указания для студентов

Цели:

Учебная: знать причину кишечных инфекций, проблемы пациента, осложнения.

Воспитательная: воспитать чувство ответственности за здоровье, жизнь пациента.

Самоподготовки: отработать все предлагаемые манипуляции до автоматизма. Развить в себе умения логически и клинически мыслить.

МОТИВАЦИЯ

Инфекционные болезни приводят человека не только к временной потере трудоспособности, но часто являются «пусковым механизмом» для обострения и возникновения соматических болезней.

В результате профилактической и противоэпидемической работы инфекционные болезни не опустошают целые страны и континенты, и тем не менее ежегодно 2 млрд. людей болеют инфекционными заболеваниями.

В России регистрируется около 35 млн. случаев в год, на долю ОКИ острых кишечных инфекций - приходится около 10 млн. случаев, при этом экономические потери составляют-15 млрд. в год.

Высок процент заболеваемости и в РСО-Алания, особенно: ПТИ (пищевых токсико-инфекции), Сальмонеллёза, Ботулизма и Шигеллеза. Это связано с низкой социально-гигиенической культурой населения, но в большей степени с проблемами в экономике, наличием большого количества торговых предприятий, где не всегда соблюдаются санитарно-эпидемиологические нормы. А так же с проблемами в водо-канализационном хозяйстве. Так IX.X-14 г. В Алагире произошла эпид. вспышка ОКИ(150 чел.)

Медицинская сестра должна знать: основные свойства возбудителя, механизм заражения, симптоматику, методы исследования

Уметь: провести общий осмотр пациента (осмотр кожи, зева, пальпация, лимфатические узлы), собрать эпид.анамнез, провести забор материала.

Иметь: практический опыт проведения комплексного ухода за пациентами с использованием сестринского процесса и оказание экстренной помощи при возникновении состояний угрожающих

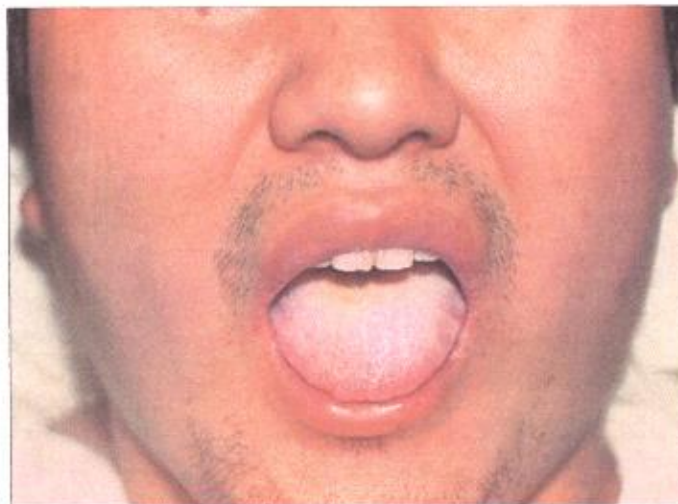
Фронтальный опрос

1. Дать общую характеристику брюшному тифу и паратифам.
2. Назовите возбудителя брюшного тифа.
3. Укажите свойства возбудителя.
4. Назовите источники инфекции и механизм заражения.
5. Какие жалобы должен предъявлять пациент при брюшном тифе?
6. Назовите объективные признаки брюшного тифа.
7. Назовите осложнения брюшного тифа.
8. Какие правила должна соблюдать мед.сестра при взятии материала для бактериологического исследования.
9. Уход за пациентом.
- 10.Профилактика брюшного тифа.
- 11.Общая характеристика П.Т.И.
- 12.Назовите возбудителей сальмонеллеза.
- 13.Источники инфекции и механизм заражения сальмонеллёза.
- 14.Назовите возбудителей П.Т.И.
- 15.Источники инфекции и механизм заражения.
- 16.Назовите основные проблемы пациента при П.Т.И.
- 17.Неотложная помощь при П.Т.И.
- 18.Возбудитель ботулизма.
- 19.Механизм заражения.
- 20.Профилактика ботулизма.
- 21.Дайте характеристику возбудителям эшерихиоза.
- 22.Дать общую характеристику ротовирусного гастроэнтерита.
- 23.Назовите жалобы пациента с ротовирусным гастроэнтеритом.
- 24.Уход за пациентом.
- 25.Общая характеристика холеры.
- 26.Назовите возбудителя.

- 27.Механизм заражения.
- 28.Какие процессы происходящие в организме объясняют тяжесть данного заболевания?
- 29.Какова продолжительность инкубационного периода?
- 30.Назовите проблемы пациента с холерой.
- 31.Объективные признаки холеры.
- 32.Уход за пациентом с холерой.
- 33.Общая характеристика шигеллёза.
- 34.Возбудители.
- 35.Механизм заражения.
- 36.Какой отдел кишечника поражается при шигеллёзе?
- 37.Проблемы пациента при шигеллёзе.
- 38.Лабораторные исследования при шигеллёзах.
- 39.Подготовка пациента к ректороманоскопии.
- 40.Независимые сестринские вмешательства.
- 41.Зависимые сестринские вмешательства.
- 42.Профилактика шигеллёза.

Логический диктант

- | | |
|--|---------------|
| 1. Опущение верхнего века | - птоз |
| 2. Косоглазие глаз | - стробизм |
| 3. Расширенные зрачки | - мидриоз |
| 4. Понос | - диарея |
| 5. Зрачки разной величины | - анизонория |
| 6. Двоение в глазах | - диплопия |
| 7. Жажда | - полидипсия |
| 8. Удушье | - асфиксия |
| 9. Вздутие живота | - метеоризм |
| 10. Осиплость голоса | - афония |
| 11. Малоподвижность | - гиподинамия |
| 12. Сыпь характерная для брюшного тифа | |
| 13. Стул характерный для сальмонеллёза | |
| 14. Стул характерный для шигеллёза | |
| 15. Стул характерный для холеры | |
| 16. Ложные позывы к акту дефекации | |
| 17. Синдром характерный для холеры | |



В

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

«Ролевая игра»

Отработка различных ситуаций.

1. Ситуация «Приёмное отделение инфекционной больницы».

Ведущая: Ф.И сыграю роль ведущего

Роль пациента с ботулизмом играет: Ф.И

Роль м/с – п/покоя Ф.И

Ведущая: Ботулизм – тяжелое, пищевое отравление, которое возникает при употреблении консервов.

Возбудитель – ботулинистическая палочка (*Clostridium botulinum*) подвижная, спорообразующая, анаэробная палочка. Известно 7 серологических типов, в РСО – Алания – 3 типа А, В, Е. Споры устойчивы, разрушаются в автоклаве при температуре 100-120 через 4 часа. Токсин разрушается при кипячении через 5 – 15 минут.

Возбудитель ботулизма широко распространен в природе. Основные источники – травоядные животные, с испражнениями возбудители попадают в почву, на овощи и фрукты, если они плохо промыты, то при консервировании в анаэробных условиях палочка активно размножается, выделяет экзотоксин, при этом крышка вздувается образуется бомбаж. Заражение происходит чаще при употреблении консервов домашнего приготовления.

М/сестра: Здравствуйте! Проходите, садитесь. Скажите Ф.И.О., сколько Вам лет. Что Вас беспокоит?

Пациент: Утром проснулась от болей в животе, тошнило, 2 раза вырвала, в горле стоит комок, всё пересохло. Промыла желудок, но состояние не улучшилось, перед глазами туман, плохо вижу.

М/сестра: Что Вы поели накануне заболевания?

Пациент: Болгарский перец с морковью-консервированный

М/сестра: Домашнего приготовления?

Пациент: Да.

М/сестра: Кто ещё поел?

Пациент: Я одна.

М/сестра: У Вас пищевое отравление – ботулизм. Сейчас я позову доктора, измерим температуру, АД, посчитаем PS, ЧДД. Потом промоем желудок, поставим клизму и Вам станет легче.

ТЕМПЕРАТУРА –

АД –

PS –

ЧДД –

Промыли желудок с помощью зонда, взяли материал для бактериологического исследования (рвотные массы, промывные воды 100-200 мл в стерильную посуду, отправили в бак. лабораторию) Поставили очистительную клизму. Пациента переводим в отделение. Экстренное извещение.

М/сестра процедурного кабинета: Вам необходимо ввести противоботулинистическую сыворотку для нейтрализации токсина, но прежде я должна взять кровь из вены, для определения ботулинистического токсина.

Берётся кровь из вены. Вводится сыворотка

КАПЕЛЬНИЦА – изотонический раствор хлорида натрия

Ведущая: После проведенных мероприятий состояние пациентки улучшилось и вскоре она была выписана из стационара.

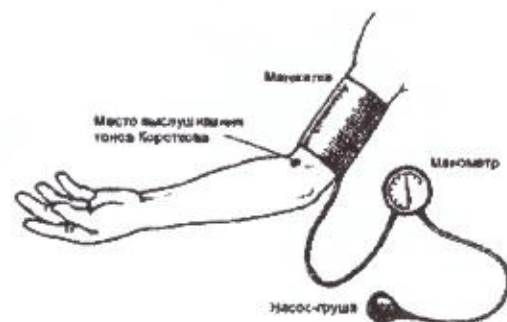
Методические указания

К выполнению практической работы «Измерение АД»

Приготовить: танометр, фонендоскоп

Техника выполнения:

1. При измерении АД пациент может находиться в положении сидя или лёжа.
2. Танометр, рука и область сердца пациента находятся на одном уровне.
3. Измерение АД производится в полной тишине.
4. АД измеряется на обеих руках.
5. Рука освобождается от рукава одежды.
6. Пациент полностью разгибает руку в локтевом суставе и укладывает ее на стол или на край кровати ладонью вверх, мышцы должны быть расслаблены.
7. На предплечье пациента накладывается манжета, нижний конец которой на 2-3 см выше локтевого сгиба.
8. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой впадины и слегка прижать к коже в этом месте мембрану фонендоскопа.
9. Винт закрывается. С помощью груши в манжету нагнетается воздух до тех пор, пока прослушиваемые через фонендоскоп пульсовые удары, тоны не исчезнут.
10. Повернуть винт влево и начать выпускать воздух из манжеты и одновременно выслушивать тоны.
11. При появлении первых звуков «отметить» на шкале манометра числа и запомнить их - они соответствуют показателям систолического давления.
12. Продолжая выпускать воздух, отметить показатели диастолического давления, соответствующие ослаблению или полному исчезновению громких тонов.



Методические указания

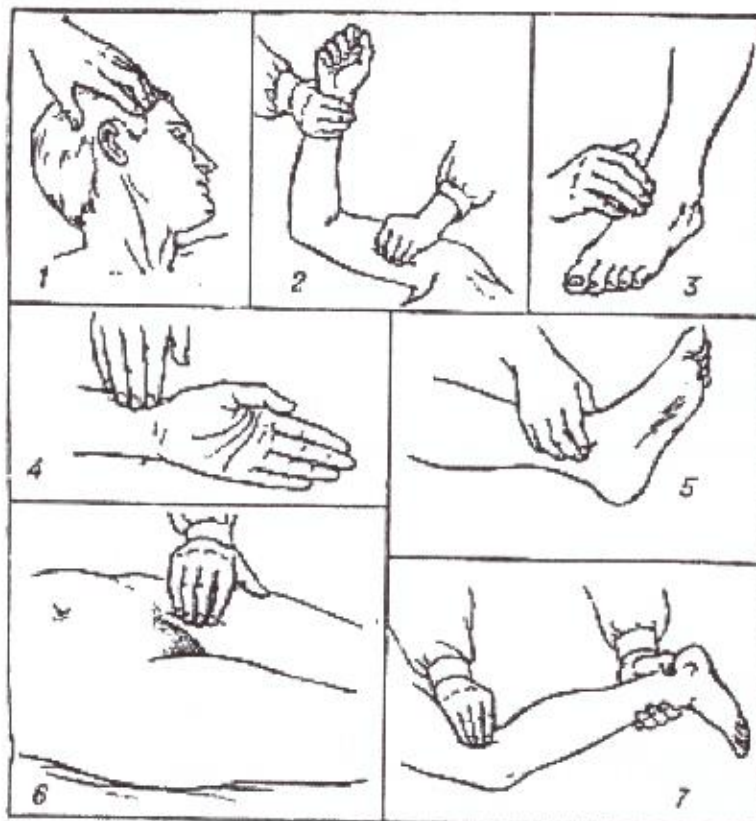
К выполнению практической работы «Подсчет пульса»

Место прощупывания пульса:

артерии – лучевая, сонная, височная, локтевая, бедренная

Техника выполнения:

1. Правой рукой берут левую руку пациента /или наоборот/.
2. Руки пациента должны находиться в удобном положении, исключающим напряжение мышц.
3. Пульс исследуют вторым, третьим и четвёртым пальцами, накладывая их на ладонную поверхность предплечья так, чтобы у периферического конца передней поверхности лучевой кости исследуемого был второй палец исследующего, а рядом с ним в сторону локтя – третий и четвертый пальцы.
4. Прижимают артерию к внутренней поверхности лучевой кости.
5. Пульс просчитывается в течение 1 минуты.



Методические указания
К выполнению практической работы
«Подсчет дыхательных движений»

Техника выполнения:

1. Дыхательные движения подсчитываются пациенту в положении лежа или сидя.
2. Пациенту следует создать физический и психический покой.
3. Медсестра кладёт руку на грудную клетку или живот пациента.
4. Отвлекая пациента, чтобы он не разговаривал, медсестра считает в течение 1 минуты число дыхательных движений /вдох, выдох и пауза составляют одно дыхательное движение/.

Техника измерения температуры.

1. Вытереть термометр.
2. Встряхнуть ртуть до отметки 35 С.
3. Насухо вытереть полотенцем место определения (подмышечная впадина).
4. Поместить термометр в подмышечную впадину.
5. Измерить 10 минут
6. Слабым больным придерживать руку.



Методические указания
К выполнению практической работы
«Измерение температуры тела и ее графическое изображение».

Приготовить:

- Медицинский термометр
- Салфетку
- Полотенце
- Температурный лист

Техника выполнения:

1. Термометр достать из банки с дез. раствором, вытереть салфеткой, проверить целостность.
2. Встряхнуть ртуть до отметки ниже 35 С.
3. Вытереть подмышечную впадину сухим полотенцем.
4. Поместить термометр нижним концом в подмышечную впадину так, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом в самой глубине подмышечной впадины.
5. Прижать термометр приведенной к грудной клетке рукой.
6. Измерить температуру тела в течение 10 мин. Пациенту сидеть или лежать спокойно во время измерения.
7. Взять термометр и проверить его показания.
8. Положить термометр в дез. раствор.
9. На температурном листке указать ФИО пациента, дату и время измерения (утро, вечер).
10. Температуру отметить точкой, поставленной вместе пересечения горизонтальной линии, соответствующей времени измерения, и вертикальной, соответствующей показанию термометра. Поставить точку в графе «утро», «вечер».
11. Соединить обе точки, ломанная кривая, полученная при соединении этих точек, называется температурной кривой

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ТОЛСТЫМ ЗОНДОМ

Цель: лечебная и диагностическая.

Показания: острые отравления, подготовка к исследованиям, операциям.

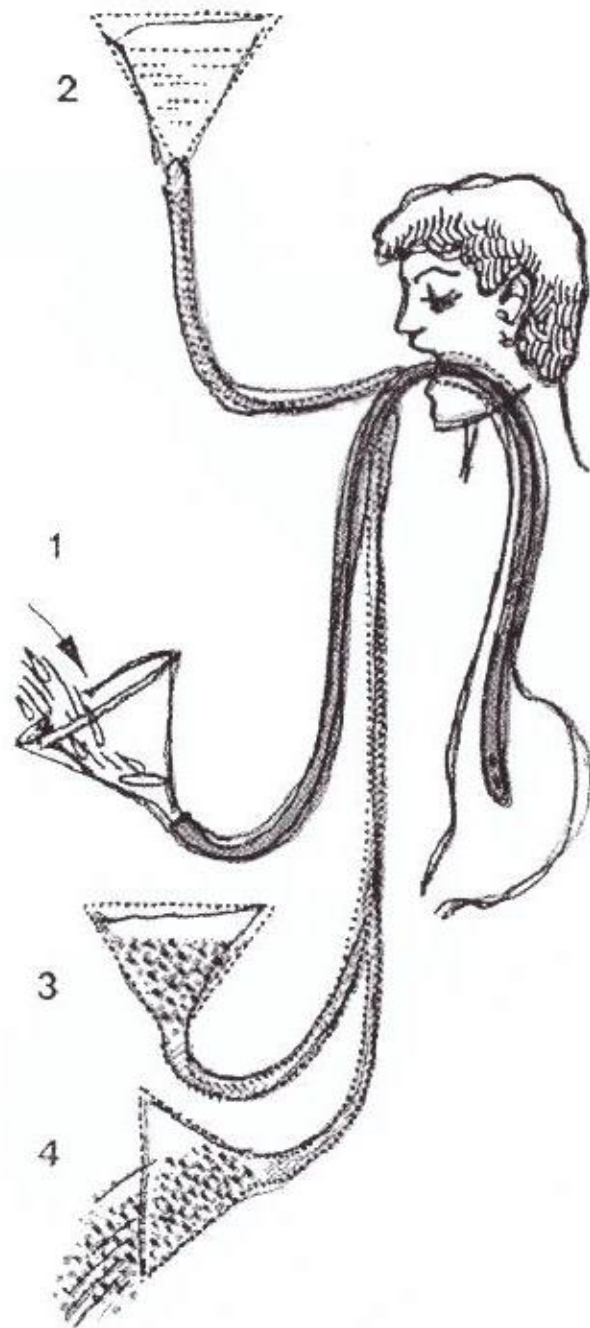
Оснащение: система для промывания желудка — 2 толстых стерильных желудочных зонда, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец одного зонда срезан); стеклянная воронка на 0,5-1 л, полотенце, салфетки, стерильная емкость для сбора промывных вод на исследование, емкость с водой (10 л) комнатной температуры, кувшин, емкость для слива промывных вод, перчатки, непромокаемый фартук — 2 штуки, жидкое вазелиновое масло или глицерин (физиологический раствор).

Противопоказания: язвы, опухоли, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, бронхиальная астма, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Доброжелательно и уважительно представиться пациенту, уточнить, как к нему обращаться. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры. Пояснить, что при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать. Получить согласие на проведение процедуры. Измерить АД, подсчитать пульс, если состояние пациента позволяет это сделать	Психологическая подготовка пациента к процедуре. Мотивация к сотрудничеству. Соблюдение прав пациента на информацию
2. Подготовить оснащение	Выполнение необходимого условия эффективности процедуры
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту занять необходимое для процедуры положение: сидя, прижавшись к спинке сиденья и слегка наклонив голову вперед (или уложить на кушетку в положении на бок)	Обеспечение свободного прохождения зонда
2. Снять зубные протезы у пациента, если таковые имеются	Профилактика осложнений
3. Отгородить пациента ширмой, если возникнет необходимость	Обеспечение психологического комфорта
4. Надеть непромокаемый фартук на себя и пациента	Защита одежды от промокания и загрязнения
5. Вымыть и осушить руки, надеть чистые перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
6. Поставить таз к ногам пациента или к	Обеспечение гигиеничности процедуры

7. Определить глубину, на которую должен быть введен зонд: измерить расстояние от резцов до пупка, прибавить ширину ладони пациента или из его роста вычесть 100 см	Выполнение необходимого условия для введения зонда в желудок
8. Перенести метку на зонд, начиная от слепого конца. Смочить зонд водой или глицерином	Обеспечение продвижения зонда по пищеводу
9. Встать справа от пациента, предложить ему открыть рот, слегка опустить голову вниз. Положить слепой конец зонда на корень языка	Подготовка к введению зонда
10. Попросить пациента сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд в пищевод (во время глотания надгортанник закрывает вход в трахею, одновременно открывается вход в пищевод)	Проведение процедуры
11. Предложить пациенту обхватить зонд губами и глубоко дышать носом. Продвигать зонд медленно и равномерно до нанесенной отметки, наклонив голову пациента вперед и вниз. Если встретится сопротивление, следует остановиться и извлечь зонд. Затем повторить попытку снова (сопротивление при введении зонда, кашель, цианоз, рвота, изменение голоса свидетельствуют о введении зонда в трахею)	Облегчение продвижения зонда по пищеводу и снятие позывов к рвоте
12. Убедиться, что зонд в желудке: набрать в шприц Жане воздух 50 мл и присоединить к зонду. Ввести воздух в желудок под контролем фонендоскопа (выслушиваются характерные звуки)	Профилактика осложнений
13. Продвинуть зонд еще на 7—10 см	Обеспечение эффективности процедуры
14. Присоединить воронку к зонду и опустить ее ниже уровня желудка пациента. Целиком заполнить воронку водой, держа ее наклонно	Предупреждение попадания воздуха в желудок
15. Медленно поднять воронку вверх на 1 м	Обеспечение поступления воды в желудок
16. Следить за убыванием жидкости. Опустить воронку до уровня колен, как только вода достигнет устья воронки. Держать воронку в таком положении, пока воронка целиком не заполнится промывными водами	По закону сообщающихся сосудов вода поступает в желудок, а затем вновь в воронку
17. Слить промывные воды в таз. При необходимости первые воды слить в емкости для исследования	При экзогенном отравлении в чистые емкости собирают первую и последнюю порцию промывных вод. Первую — для определения неизвестного яда, вторую — для

18. Повторить два предыдущих действия, если необходимо собрать промывные воды на исследование в стерильную емкость	Забор промывных вод в стерильную емкость проводится при пищевой токсикоинфекции
19. Повторить промывание несколько раз до появления чистых промывных вод. Следить, чтобы количество введенной порции жидкости соответствовало количеству выделенных промывных вод. Собирать промывные воды в таз	Обеспечение качества выполнения манипуляции
III. Окончание процедуры	
1. Снять воронку, извлечь зонд, пропуская его через салфетку	Защита одежды от загрязнения
2. Поместить использованный инструментарий в контейнер с дезинфицирующим раствором. Промывные воды слить в канализацию. Предварительно подвергнуть их дезинфекции в случае отравления. Снять фартуки с себя и пациента и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором. Снять перчатки. Поместить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть и осушить руки	Профилактика внутрибольничной инфекции
3. Дать пациенту возможность прополоскать рот и сопроводить (доставить) в палату. Тепло укрыть, наблюдать за состоянием	Обеспечение безопасности пациента
4. Сделать отметку о выполнении процедуры	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Критерии оценки выполнения процедуры Своевременность выполнения Наличие записи о выполнении Отсутствие осложнений во время и после процедуры Удовлетворенность пациента качеством оказания услуги Своевременность доставки промывных вод в лабораторию	



Промывание желудка. (Средство) →

ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Цель: освобождение нижних отделов толстого кишечника от каловых масс.

Показания: запор, отравления, подготовка к операции, родам, абортam, исследованиям, к постановке лекарственной или капельной клизмы.

Оснащение: кружка Эсмарха (лучше одноразовая), стерильный наконечник (в упаковке), вазелин, шпатель, марлевые салфетки, туалетная бумага, таз, судно (если процедура выполняется в постели), перчатки, клеенка, пеленка, штатив (в лечебном учреждении), емкость с дезинфектантом, фартук, ширма, термометр.

Противопоказания: колиты, эрозии, язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

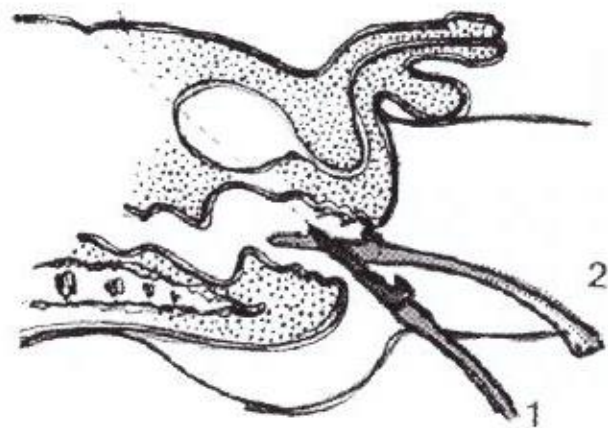
Место проведения: палата, клизменная.

Возможные проблемы пациента: психологический дискомфорт, связанный с вторжением в суперинтимную зону, страх, связанный с возможным неудержанием данного объема жидкости.

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность проведения предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Отгородить пациента ширмой, если процедура проводится в палате	Обеспечение психологического комфорта
5. Подготовить оснащение	Обеспечение эффективности процедуры
6. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук	Обеспечение инфекционной безопасности

<p>7. Собрать систему для постановки клизмы: вскрыть упаковку, извлечь наконечник и присоединить его к кружке Эсмарха. Закрывать вентиль, налить в кружку 1—1,5 л воды, укрепить кружку на штативе на высоте 1 м над уровнем кушетки. Объем жидкости зависит от возраста пациента (до 3 мес. — 50—60 мл; до 12 мес. — 100—150 мл; до 2 лет — 200 мл; от 2 до 9 лет — до 400 мл; от 9 лет — 500 мл и более)</p>	<p>Обеспечение условий для поступления жидкости в прямую кишку</p>
<p>8. Открыть вентиль и слить немного воды через наконечник. Закрывать вентиль (вместо вентиля можно использовать зажим)</p>	<p>Вытеснение воздуха из системы и проверка ее проходимости</p>
<p>9. Смазать наконечник вазелином.</p> <p><i>Примечание: температура воды зависит от конкретной цели постановки клизмы; при атонических запорах 16—20 °С; при спастических 37—38 °С; в остальных случаях 23—25 °С (холодная вода стимулирует перистальтику кишечника; теплая вода уменьшает спазм гладкой мускулатуры и способствует опорожнению кишечника; вода индифферентной температуры разжижает каловые массы и вызывает перистальтику)</i></p>	<p>Облегчение введения наконечника в прямую кишку</p>
<p>10. Положить на кушетку клеенку, свисающую в таз, и пеленку (при неудержании воды она будет стекать в таз, не загрязняя окружающую среду)</p>	<p>Обеспечение гигиеничности процедуры</p>
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на левый бок, слегка согнуть ноги в коленях и подвести к животу.</p> <p><i>Примечание: при невозможности уложить пациента на левый бок процедуру разрешается проводить в положении «пациент лежит на спине»</i></p>	<p>Расположение пациента с учетом анатомических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Обеспечение допустимого положения для выполнения данной процедуры</p>
<p>2. Развести ягодицы пациента I и II пальцами левой руки, правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его вращательными движениями вначале по направлению к пупку (3—4 см), а затем параллельно копчику на глубину 8—10 см (глубина введения наконечника определяется возрастом больного и варьирует от 2—3 см у новорожденных до 12—15 см у взрослых)</p>	<p>Профилактика травмы и обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>3. Открыть вентиль, чтобы вода медленно поступала в кишечник</p>	<p>Предупреждение неприятных ощущений у пациента</p>

4. Предложить пациенту расслабиться и медленно глубоко дышать животом, поглаживая его против часовой стрелки	Обеспечение удержания жидкости
5. Следить за уровнем убывающей жидкости. Если вода не поступает в кишечник, поднять кружку выше, чем на 1 м, или изменить положение наконечника. При отсутствии результата заменить наконечник. При неудержимых преждевременных позывах на дефекацию опустить кружку Эсмарха ниже. <i>Примечание: менять высоту кружки можно неоднократно</i>	Учет возможности того, что отверстие наконечника засорится каловыми массами или упрется в стенку кишки. Снижение скорости введения жидкости и давления ее на стенки кишки
6. Предложить пациенту глубоко дышать и поглаживать живот против часовой стрелки	Улучшение поступления воды в кишечник за счет изменения внутрибрюшного давления
7. Закрыть вентиль после введения жидкости. Осторожно извлечь наконечник, отсоединить его от системы и положить в емкость с дезинфектантом	Обеспечение инфекционной безопасности
8. Предложить пациенту лечь на спину и глубоко дышать, чтобы на какое-то время задержать воду в кишечнике (лучше на 5—10 мин)	Обеспечение разжижения каловых масс и начала перистальтики
9. Помочь пациенту встать с кушетки и дойти до унитаза, при неудержимом позыве на дефекацию подложить судно	Обеспечение физической безопасности. Исключение загрязнения окружающей среды
10. Убедиться, что процедура прошла эффективно (отделяемое должно содержать фекалии)	Оценка эффективности процедуры
11. Предоставить пациенту возможность подмыться или подмыть его в случае необходимости	Обеспечение физической и психологической безопасности
12. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Обеспечение физического и психологического комфорта. Определение реакции пациента на процедуру
III. Окончание процедуры	
1. Погрузить в емкость с дезинфектантом использованный инструментарий, обработать и утилизировать одноразовый в соответствии с методическими рекомендациями. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности се-



5. Постановка очистительной клизмы. Объяснение

СИФОННАЯ КЛИЗМА

Цель: лечебная и диагностическая (процедура выполняется двумя людьми).

Показания: неэффективность других клизм при запорах, отравление, кишечная непроходимость.

Оснащение: система для сифонной клизмы: два стерильных толстых желудочных зонда диаметром 0,8—1 см, соединенных стеклянной трубкой (слепой конец у одного зонда срезан), стеклянная воронка 0,5—1 л, 10 л воды t 37—38 °С, ведро, кувшин или кружка, емкость для промывных вод (таз), перчатки, непромокаемый фартук, вазелин, шпатель, туалетная бумага, клеенка, пеленка.

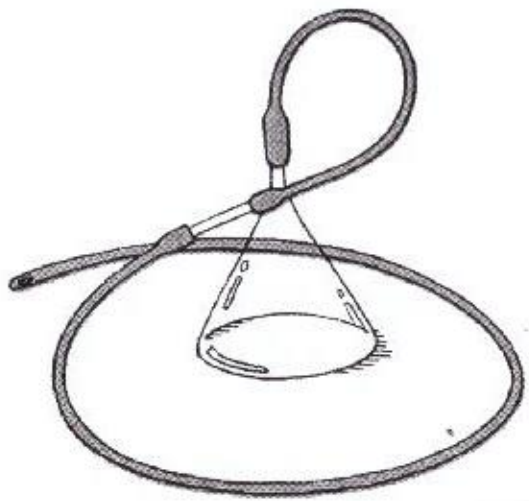
Противопоказания: колиты, эрозии и язвы слизистой оболочки толстого кишечника, неясные боли в животе, опухоли толстого кишечника, первые дни после операции на органах ЖКТ, кровоточащий геморрой, тяжелая сердечно-сосудистая недостаточность и т.д.

Условие: в случае кишечной непроходимости процедура выполняется в присутствии врача.

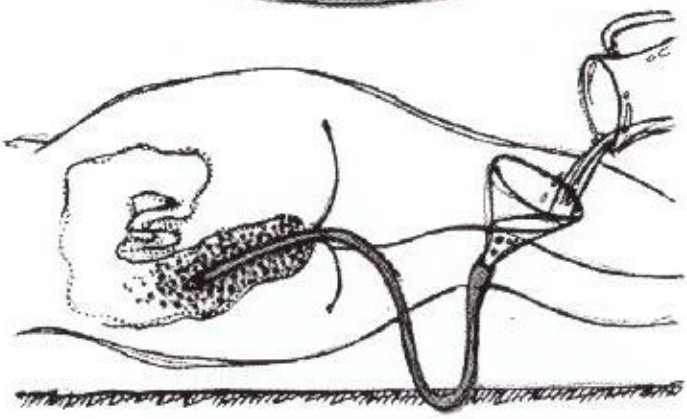
Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра общается с пациентом впервые. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и предстоящую процедуру	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры	Соблюдение прав пациента
4. Подготовить оснащение	Обеспечение проведения процедуры
5. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки, фартук	Профилактика внутрибольничной инфекции
II. Выполнение процедуры 1. Застелить простыню, покрывающую кушетку, клеенкой таким образом, чтобы она свисала в таз. Поверх клеенки постелить небольшую пеленку (при неудержании вода будет стекать в таз)	Обеспечение гигиеничности процедуры
2. Попросить пациента (или помочь ему) лечь на кушетку на левый бок. Предложить согнуть ноги в коленях и слегка подтянуть их к животу	Облегчение введения зонда и воды

3. Смазать слепой конец зонда вазелином	Облегчение введения зонда в кишечник; предупреждение возникновения у пациента неприятных ощущений
4. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки, правой рукой вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30—40 см: первые 3—4 см — по направлению к пупку, далее — параллельно позвоночнику	Обеспечение возможности эффективного проведения процедуры с учетом анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки
5. Присоединить к свободному концу зонда воронку. Держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента. Налить в нее из кувшина по боковой стенке 1 л воды	Предупреждение попадания воздуха в кишечник
6. Предложить пациенту глубоко дышать. Поднять воронку на высоту 1 м. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее над тазом ниже уровня ягодиц пациента, не выливая воду до тех пор, пока воронка не будет заполнена целиком	Обеспечение контроля за поступлением воды в кишечник и выведением ее обратно
7. Слить воду в приготовленную емкость (таз для промывных вод).	Обеспечение возможности исследования промывных вод, проводящегося только по назначению врача
<i>Примечание: первые промывные воды могут быть собраны в емкости для исследования</i>	
8. Заполнить воронку следующей порцией и поднять вверх на высоту 1 м. Как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее вниз. Подождать, пока она наполнится промывными водами и слить их в таз. Повторить процедуру многократно до появления чистых промывных вод, используя все 10 л воды	Обеспечение эффективности процедуры
9. Отсоединить воронку от зонда по окончании процедуры, при необходимости оставить зонд в кишечнике на 10 мин	Обеспечение окончательного выведения газов или жидкого содержимого из вышележащих отделов кишечника
10. Вывести зонд из кишечника медленными поступательными движениями, пропуская его через салфетку	Обеспечение безопасности пациента
11. Погрузить зонды и воронку в емкость с дезинфектантом	Обеспечение инфекционной безопасности

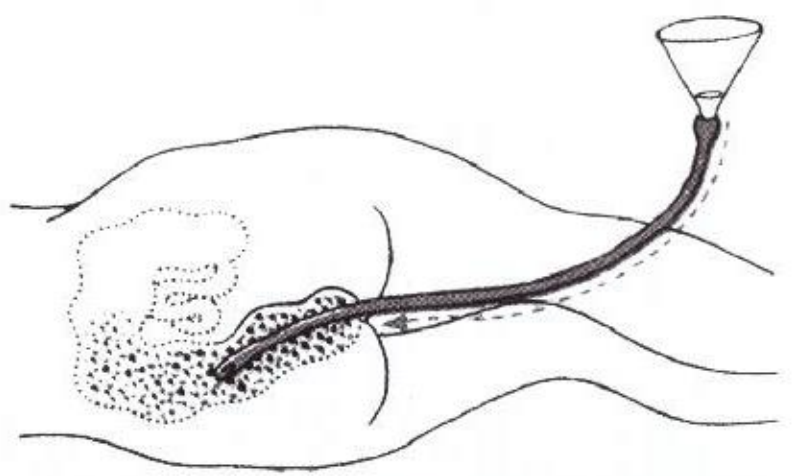
12. Вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия (у женщин — в направлении спереди назад) или подмыть пациента в случае его беспомощности	Предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации кожи промежности
13. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально	Определение реакции пациента на процедуру. Обеспечение физического и психологического комфорта
14. Транспортировать пациента в палату	Обеспечение безопасности пациента
III. Окончание процедуры	
1. Вылить промывные воды в канализацию, при наличии показаний провести предварительную дезинфекцию. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового. Снять перчатки. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Сделать запись в медицинских документах о проведении процедуры и реакции пациента	Обеспечение преемственности сестринского ухода



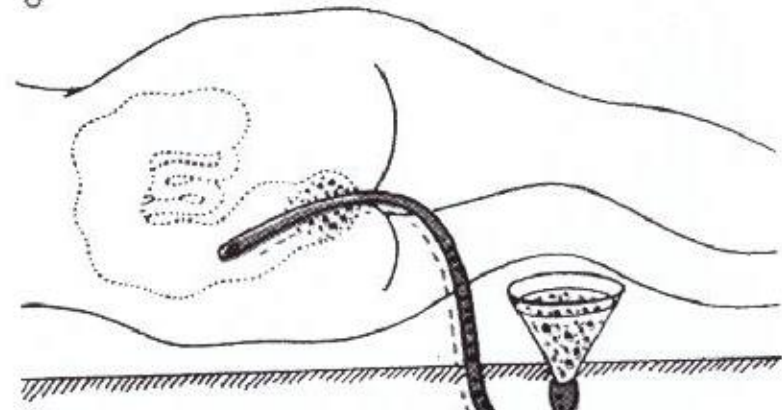
Последовательность действий при постановке сифонной клизмы.



а



б



в





А



Б

Рис. 51. Ботулизм. Тяжелое течение:
А — полная наружная и внутренняя офтальмоплегия; Б — полный птоз;

Учреждение _____

Экстренное извещение

об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакцией
на прививку

1. Диагноз _____
подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: м. ж. (подчеркнуть) _____
4. Возраст _____ (для детей до 14 лет — дата рождения)
5. Адрес, населенный пункт _____ район _____
улица _____ дом № _____ кв № _____
(индивидуальная, коммунальная, общежитие — вписать)
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

7. Даты: заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установление диагноза _____
последнего посещения детского учреждения _____
_____ госпитализации _____
8. Место госпитализации _____
9. Если отравление — указать, где оно произошло, чем отравлен по-

ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ

ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ В ВАКУУМНЫЕ КОНТЕЙНЕРЫ

Цель: диагностическая.

Оснащение: венозный жгут, вакуумная система для забора крови: вакуумная пробирка (1 и более), держатель, двухсторонняя игла (2—3), стерильные ватные тампоны, стерильные перчатки, контейнер для утилизации игл, маска, защитные очки, лоток, 70 % раствор этилового спирта (или другой кожный антисептик), контейнер с ячейками для транспортировки пробирок в лабораторию, аптечка анти-ВИЧ, 0,5 % раствор нашатырного спирта.

Обязательное условие: медсестра производит взятие материала, одевшись по форме: халат, шапочка, маска, защитные очки, перчатки.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес</p>	Установление контакта с пациентом
2. Объяснить пациенту цель и последовательность предстоящей процедуры	Психологическая подготовка к манипуляции
3. Получить согласие пациента на процедуру	Соблюдение прав пациента
4. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
5. Подготовить необходимое оснащение. Оформить направления	Обеспечение эффективного проведения процедуры
6. Надеть маску, защитные очки	Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала
<p>II. Выполнение процедуры</p> <p>1. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя), при котором хорошо доступна предполагаемая область пункции. Попросить пациента освободить соответствующий участок тела от одежды. Путем осмотра и пальпации определить непосредственное место пункции</p>	Обеспечение доступа к месту инъекции. Профилактика осложнений
2. Подложить под локоть пациента клеенчатую подушку	Обеспечение максимального разгибания конечности в локтевом суставе
3. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
2. Наложить венозную манжету в средней трети плеча, защелкнуть на ней клапан и потянуть за свободный конец до остановки венозного кровотока (пульс на лучевой артерии не изменяется!).	Обеспечение доступа к венам локтевого сгиба. Снижение болезненности при наложении жгута. Профилактика образования гематом

Примечание: можно наложить одноразовый жгут

<p>5. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, а затем зажать его. Поступательными движениями от периферии к центру помассировать предплечье пациента. Пропальпировать вену, определяя ее ширину, глубину залегания, направление, плотность и подвижность</p>	<p>Обеспечение наилучшего наполнения вен кровью</p>
<p>6. Обработать область локтевого сгиба ватными шариками, смоченными спиртом. Движение шариков осуществлять в одном направлении. Первым шариком обработать площадь локтевого сгиба, вторым — непосредственно место пункции</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала</p>
<p>7. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок (зеленый, желтый, черный), правой вывернуть и снять белый защитный колпачок</p>	<p>Обеспечение безопасной технологии</p>
<p>8. Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить его до упора</p>	<p>Профилактика осложнений в процессе забора крови</p>
<p>9. Снять цветной защитный колпачок с другого конца иглы</p>	<p>Подготовка к пункции</p>
<p>10. Зафиксировать выбранную вену большим пальцем левой руки: потянуть кожу к периферии по ходу вены и прижать ее. Ввести систему держатель—игла в вену пациента, как это делается при обычной процедуре взятия крови шприцем.</p> <p><i>Примечание: в этот момент кровь не проходит по игле, так как второй конец закрыт резиновой мембраной</i></p>	<p>Обеспечение технологии выполнения процедуры</p>
<p>11. Зафиксировать держатель левой рукой, правой взять пробирку и вставить ее крышкой в держатель</p>	<p>Профилактика выхода иглы из вены или прокола ее нижней стенки</p>
<p>12. Удерживать выступы держателя указательным и средним пальцем правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора (игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую пробку в крышке пробирки, из-за чего образуется канал между пробиркой с вакуумом и полостью вены)</p>	<p>Обеспечение безопасности процедуры</p>
<p>13. Ослабить венозную манжету, нажав левой рукой на клапан замка, или ослабить жгут, как только кровь начнет поступать в пробирку</p>	<p>Выполнение технологии процедуры</p>

<p>14. Извлечь пробирку из держателя после заполнения ее до необходимого объема (кровь поступает в пробирку до тех пор, пока не компенсируется созданный в пробирке вакуум)</p>	<p>Обеспечение эффективности процедуры</p>
<p>15. Перемешать содержимое пробирки (при использовании пробирок с добавками), аккуратно переворачивая ее нужное количество раз, и поставить в штатив.</p> <p><i>Примечание: от момента наложения манжеты до перемешивания крови в пробирке должно пройти не более 2 мин</i></p>	<p>Обеспечение достоверности результатов исследования</p>
<p>16. Вставить в держатель следующую пробирку. Повторить описанные в пунктах 14, 15 действия, меняя пробирки необходимое число раз (резиновая мембрана при снятии пробирки с иглы возвращается в исходное положение и перекрывает ток крови по игле)</p>	<p>Продолжение процедуры</p>
<p>17. Прижать к месту пункции шарик, смоченный спиртом, и извлечь держатель с иглой из вены после того, как заполнится последняя пробирка. Закрыть иглу (сразу же) защитным чехлом держателя или иглы</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности, профилактика травм</p>
<p>18. Поместить иглу с держателем в специальный контейнер. Попросить больного держать руку согнутой в суставе не менее 5 мин</p>	<p>Профилактика осложнений</p>
<p>19. Поместить ватный шарик по прошествии положенного времени в контейнер с дезинфектантом или попросить пациента сделать это самостоятельно</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>20. Спросить пациента о самочувствии. Удостовериться, что он чувствует себя нормально</p>	<p>Профилактика и своевременная диагностика осложнений, обеспечение психологического комфорта пациента</p>
<p>21. Промаркировать пробирки, установить их в контейнер с ячейками и отправить в лабораторию</p>	<p>Обеспечение доставки в лабораторию</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Снять и протереть очки, перчатки и маску, замочить в дезинфицирующем растворе. Утилизировать использованный инструментарий</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности (утилизация и дезинфекция вакуумных систем подобна утилизации одноразовых шприцев)</p>

2. Вымыть и осушить руки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента. После получения результатов исследования вклеить бланк в карту стационарного больного	Обеспечение преемственности сестринского ухода
Проблемы медсестры по ходу забора крови	Действия медсестры
Игла в вене, пробирка в держателе, кровь в пробирку не поступает. Причина: игла не попала в вену или пропунктировала ее насквозь	Вынуть пробирку из держателя. Благодаря эластичности пробки вакуум в пробирке полностью сохранится. Попытаться изменить положение иглы в вене, при отсутствии эффекта сменить иглу
Пробирка не заполнилась до указанного на этикетке объема. Причина: коллапс вены; в пробирку попал воздух (это возможно, если игла с надетой пробиркой находилась вне вены)	Вынуть пробирку из держателя, подождать пока вена наполнится и снова вставить пробирку. Если предполагается исследование сыворотки и объем крови для него достаточен, ее можно использовать. Если в пробирке антикоагулянт, соотношение его с кровью будет нарушено, поэтому следует повторить забор в новую пробирку

Введение противоботулинистической сыворотки.

Лечебная цель: при появлении первых симптомов ботулизма.

Профилактическая цель: лицам, употребившим зараженный продукт, но не заболевшим.

Техника введения.

1. Постановка в/к пробы на чувствительность к чужеродному белку. 0,1 в/к разведенной сыворотки.
2. Проба считается отрицательной, если на месте инъекции образуется папула 0,9 – 1,0 см.
3. Лечебная доза вводится 0,1 п/к, через 30 минут если нет реакции, назначенная доза вводится в/м или в/в.

КИЗ

2. Ситуация «Кабинет инфекционных заболеваний».

Ведущая: В КИЗ обратилась женщина, у которой маленький ребёнок и которая является носителем – сальмонеллёза.

М/сестра: Здравствуйте! Проходите, садитесь. Как Ваше ФИО, сколько Вам лет. Что Вас беспокоит, что случилось?

Пациент: Во время беременности, при лабораторном исследовании кала – выявили сальмонеллёз тифимурим. Роды проходили в наблюдательном отделении. Я очень обеспокоена тем, что:

1. Могу заразить ребёнка
2. Опасна ли эта инфекция для новорождённого?
3. Можно ли кормить ребёнка грудью?
4. Возможно ли заражение во время ухода – как этого избежать?

Ведущая: Приоритетная проблема пациентки – беспокойство о ребёнке, связанное с недостатком знания об инфекции и мерах её профилактики.

М/сестра: Эта инфекция чрезвычайно опасна для новорождённого, в случае если Вы не будете соблюдать гигиенические правила, не будете выполнять требования противоэпидемических мероприятий, то у новорождённого может развиваться сальмонеллёзный сепсис. В основе распространения сальмонеллёза лежит фекально – оральная передача, который чаще реализуется контактно – бытовым путём.

Вы должны вскармливать грудью с целью повышения защитных сил организма ребёнка, при условии выполнения гигиенических мероприятий.

Возбудитель находится у Вас в кишечнике, другие биологические жидкости не содержат возбудителя, ребёнка Вы можете заразить через грязные руки и предметы ухода. Поэтому Вам и всем членам семьи нужно соблюдать правила личной гигиены, всегда тщательно мыть руки после посещения туалета, перед кормлением или уходом за новорождённым.

Пациент: Спасибо за информацию. У меня есть ещё вопрос – могу ли я излечиться от бактерионосительства?

М/сестра: Необходимо проконсультироваться с доктором, но в настоящее время пока кормите ребёнка грудью – антибактериальная терапия не желательна.

ОКМ

3. Ситуация «Палатная м/с отделения ОКИ».

Ведущая: Это – отделение бактериальной инфекции, где находятся на лечении пациенты с дизентерией или шигеллёзом как принято называть в настоящее время данное заболевание.

Возбудители – шигеллы (Зонне, Флекснера, Ньюкасл)

Механизм заражения фекально – оральный.

Поражается конечный отдел толстого кишечника (сигмовидная и прямая кишки).

М/сестра: Здравствуйте! ФИО, возраст. На что жалуетесь?

Пациент: Боли в животе схваткообразного характера, частый стул с примесью слизи и прожилками крови(10 раз), слабость, головокружение.

М/сестра:

1. Возьмем кал для бак. исследования
2. Судно, ширма
3. После каждого посещения туалета обмывать тёплой водой с мылом перееанальную область и смазать вазелином или кремом, иначе будут трещины, раздражения заднего прохода, что усложнит течение заболевания
4. Больше жидкостей – солевые растворы

Пациент: Родственники интересуются, что можно принести поесть.

М/сестра: Первые дни – чай с сухарями, отвар риса, кисель. Затем – каши, слизистые супы, отварное мясо.

Памятка для родственников

Пациент: Медикаментозное лечение?

М/сестра: По назначению врача

1. Антибактериальная терапия: Эрсефурил – 1 кап 4 р. или Норилет 1таб. 2 р.
2. Противодиарейные: Имодиум
3. Нормализующие микрофлору: Энтерол, Хилак Форте, Линекс
4. Солевые растворы

Пациент: Можно ли заразиться здесь другой ОКИ

М/сестра: В инфекционном стационаре строго соблюдается сан-эпид. режим.

Выделения пациента засыпаются или заливаются дез. раствором из расчета 200 грамм на 1 кг выделений, экспозиция – 1 час.

Посуда столовая – обрабатываются путём кипячения в 2% растворе соды 15 минут

Посуда из-под выделений – погружают в 1% раствор хлорной извести на 30 минут при брюшном тифе, сальмонеллёзе – 60 минут.

ВЗЯТИЕ КАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель: диагностическая.

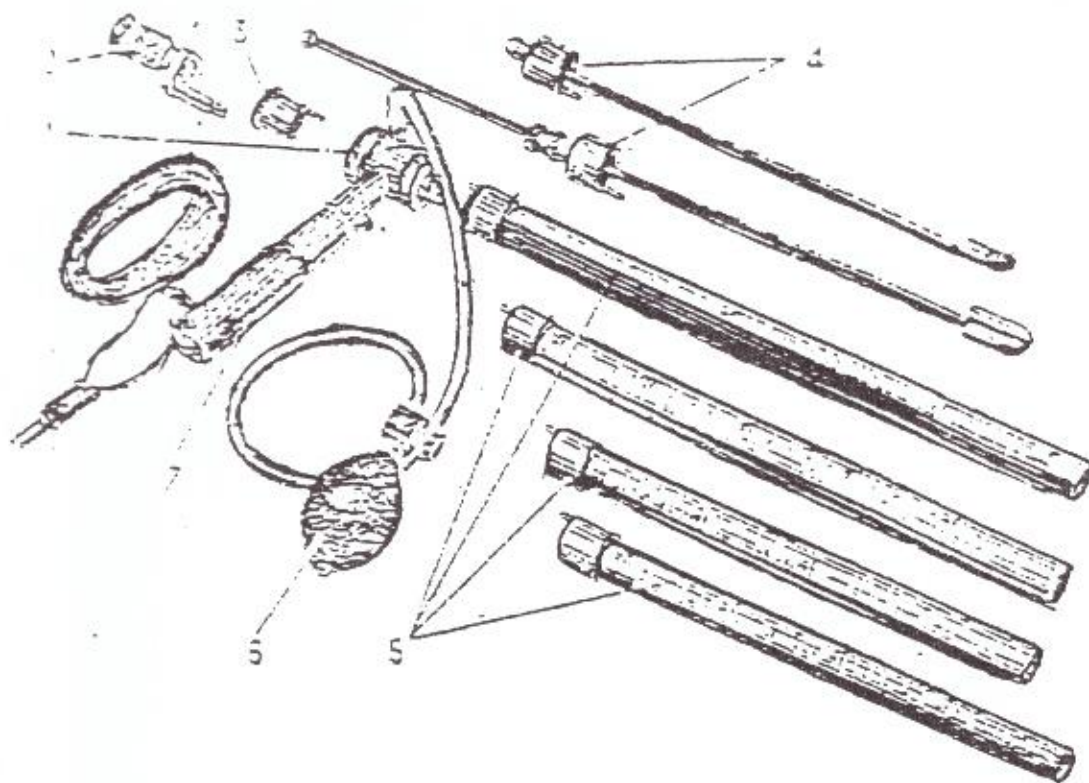
Показания: кишечные инфекции; обследование.

Оснащение: стерильная пробирка с консервантом и стерильной металлической петлей (одноразовая стерильная трубка Циммана), перчатки, стерильный шпатель, пеленка (если процедура выполняется в постели); ширма (если процедура выполняется в многоместной палате), клеенка, направление.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться. Уточнить, как к нему обращаться. Выяснить, знаком ли он с данной манипуляцией, когда, по какому поводу, как ее перенес. Объяснить пациенту цель и процесс проведения предстоящей процедуры. Получить его согласие на нее	Установление контакта с пациентом. Психологическая подготовка к манипуляции. Соблюдение прав пациента
2. Вымыть и осушить руки. Надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
3. Подготовить необходимое оснащение. Поставить ширму (при необходимости)	Обеспечение эффективного проведения процедуры. Обеспечение психологического комфорта
II. Выполнение процедуры 1. Помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и притянутыми к животу ногами. <i>Примечание: если пациенту противопоказано положение на левом боку, то манипуляцию следует осуществлять в положении пациента лежа на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами</i>	Учет анатомо-физиологических особенностей прямой и сигмовидной кишки. Облегчение введения металлической петли
2. Положить под ягодицы пациента клеенку, а на нее — впитывающую пеленку	Исключение загрязнения постели, обеспечение инфекционной безопасности
3. Раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки. Правой рукой взять из пробирки металлическую петлю и ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 8—10 см, собирая содержимое со стенок	Технология взятия материала
4. Извлечь петлю из прямой кишки и поместить в пробирку с консервантом, не касаясь наружной стороны пробирки и других предметов. <i>Примечание: в условиях стационара кал можно взять непосредственно из судна стерильным шпателем сразу после акта дефекации</i>	Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение достоверности результата

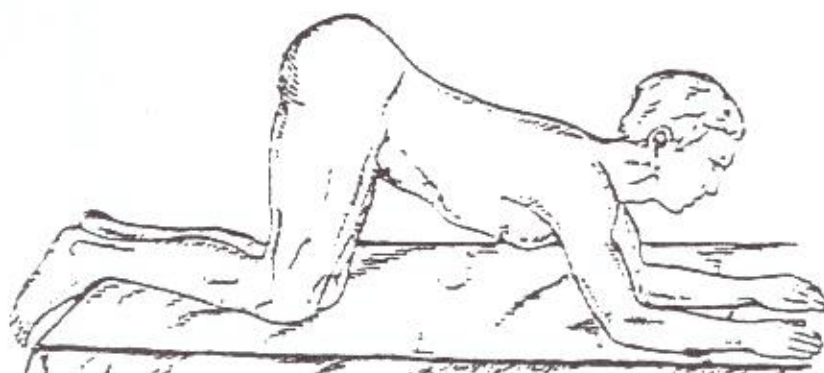
<p>5. Убрать пленку и клеенку и поместить их в мешок для использованного материала. Снять перчатки и поместить их в контейнер с дезинфектантом. Вымыть и осушить руки</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>6. Помочь пациенту занять удобное положение. Накрыть его. Удостовериться, что он чувствует себя нормально. Убрать ширму.</p>	<p>Обеспечение психического комфорта</p>
<p>7. Обеспечить доставку емкости с направлением в бактериологическую лабораторию.</p> <p><i>Примечание: в некоторых случаях допускается хранение пробирки с консервантом в холодильнике при температуре 3—4 °С не более 12 ч</i></p>	<p>Обеспечение условий для проведения исследования</p>
<p>III. Окончание процедуры</p> <p>1. Провести дезинфекцию использованного инструментария с последующей утилизацией одноразового</p>	<p>Обеспечение инфекционной безопасности</p>
<p>2. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента. Подклеить полученные результаты исследования в документацию</p>	<p>Обеспечение преемственности сестринского ухода</p>

Ректороманоскопия - осмотр слизистой оболочки прямой кишки с помощью ректоскопа. Используется для диагностики дизентерии, амёбиаза и др. Ректороманоскопию выполняет врач. Роль медсестры в данном исследовании заключается в подготовке больного, дезинфекции ректоскопа и подготовке его к работе, помощи врачу во время исследования.



Набор ректоскопа: 1. головка 2. лупа 3. крышка защитная 4. obtураторы 5. трубки ректоскопические 6. нагнетатель пневматический 7. ручка контактная со шнуром.

Поза больного при ректоскопии.



ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОЧАГЕ ИНФЕКЦИИ.

Противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции:

1. Санитарная обработка очага (дезинфекция, дезинсекция, дератизация).
2. Ежедневное наблюдение за лицами, бывшими в контакте с больными, с обязательной термометрией в течение всего срока инкубации болезни. Карантин.
3. Изоляция контактного или госпитализация его при обнаружении признаков начинающегося заболевания.
4. Проведение иммунизации населения по показаниям.
5. Выявление носителей патогенных микробов среди здоровых лиц (взятие материала на посев на дифтерийную палочку, менингококки, посев кала на кишечную группу).
6. При выявлении инфекционного больного медицинская сестра заполняет экстренное извещение.

Цель заполнения экстренного извещения:

1. Выявить источник инфекции.
2. Провести заключительную дезинфекцию.
3. Проведение противоэпидемических мероприятий.

В течение 2 часов с момента выявления инфекционного больного медсестра сообщает в центр СЭН по телефону.

Бланк экстренного извещения пересылают в центр СЭН в течение 12 часов с момента выявления больного в городской местности, 24 часов - в сельской местности.

Методика проведения дезинфекционных мероприятий при бактериальных инфекциях.

1. Выделения больных (фекалии, рвотные массы, мокрота, остатки пищи) засыпают хлорной известью из расчета 200 г .извести на 1кг. выделений на 60 минут.
2. Посуда -погружение в 1% раствор хлорной извести на 30 минут, при брюшном тифе ,сальмонеллезе на 60 минут.
3. Посуду больного кипятят в 2% растворе соды 15 минут или погружают в 1% раствор хлорной извести на 60 минут.
4. Мочалки для мытья посуды,поверхности обеденных столов - погружают в 0,5% раствор хлорной извести на 60 минут.
5. Помещение , предметы ухода за больным, грелки,подкладные круги, клеенки протерают ветошью,смоченной в 0,5 % раствором хлорной извести.Ручки дверей,выключатели в санузлах протирают 3-4 раза в день.
6. Белье без фекального загрязнения кипятят в 2% растворе соды 15 минут или замачивают в 0,2% растворе хлорамина на 60 минут.Белье,загрязненное выделениями кипятят в 2% растворе соды 15 минут или замачивают в 1% растворе хлорамина на 240 минут.
7. Постельные принадлежности обеззараживают в дезинфекционных камерах.

4. Ситуация

Ведущая: В приёмное отделение поступил пациент с подозрением на холеру. Холера острое, инфекционное, особо опасное кишечное заболевание, при котором возникает резкое обезвоживание и обессоливание организма.

Возбудитель – холерный вибрион. Классический вибрион Коха и вибрион Эль-Тор.

Источник инфекции больной и вибрионоситель.

Механизм заражения фекально – оральный.

Проблемы: неукротимая рвота и понос. Нарушается водно – электролитный обмен, из организма выделяются соли калия и натрия. Уменьшается количество циркулирующей крови, это ведёт к нарушению функции ССС, почек и надпочечников.

М/сестра: Здравствуйте, проходите, садитесь. ФИО. Что Вас беспокоит, на что жалуетесь?

Пациент: Сильный понос и рвота, кал как рис. Два дня тому назад приехала с Индии, где были случаи холеры.

М/сестра - Ведущая: Противо – эпидемические мероприятия одинаковы для всех ООИ:

1. Обезопасить себя (надеть маску, перчатки). Если нет маски, то из подручных материалов закрыть нос и рот.
2. Закрыть окна, двери.
3. Позвонить по телефону глав. врачу или зав. отделением, сообщить о том, что в кабинете находится пациент с формой № 30.
4. Не пользоваться раковиной, воду набрать в какой-то объем, обрабатывать руки в этой воде. После использования вода засыпается или заливается дез. раствором из расчёта 200 гр или 200 мл на 1 литр воды, экспозиция 1 час.
5. Транспортировка пациента на специальном транспорте в инфекционное отделение.
6. Изоляция контактных, обеспечение мед. Персонала спец. одеждой. Существует 4 типа костюмов. При холере одевается костюм – 4 типа (самый облегченный) халат, мед. шапочка, маска, резиновые перчатки.

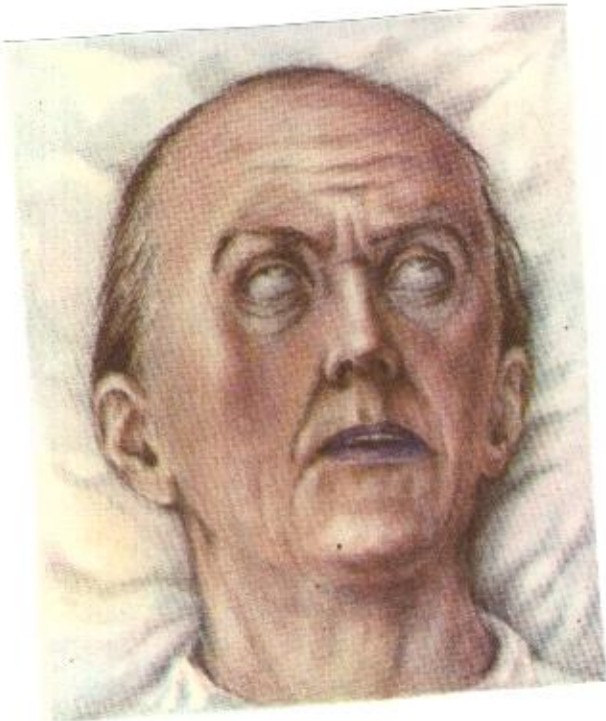
7. Дезинфекторы проводят дезинфекцию

В инфекционном отделении:

1. м/с берёт материал для бак. исследования(рвотные массы, кал)
2. Пациента помещают на специальную функциональную кровать, с вырезом под ягодицами, мерным ведром и свисающим нарукавником. Для измерения выделенной жидкости
3. По назначению врача: в/в – солевые растворы – в/в струйно, затем капельно

После проведенных мероприятий, состояние пациента улучшилось, вскоре была выписана.

Тестовый контроль -



**Первичные противоэпидемические мероприятия
при выявлении больного (трупа), подозрительного
на заболевание чумой, холерой, контагиозными
вирусными геморрагическими
лихорадками, оспой обезьян**

На приеме в поликлинике (медпункте).

Действия медицинского работника выявившего больного:

1. Принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления (дверь в кабинет закрывается, с наружной стороны по получению сигнала выставляется пост) до его госпитализации в специализированное медицинское учреждение.
2. Медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной:
 - А. по телефону или через нарочного (не открывая дверь), не бывшего в контакте с больным, извещает заведующего поликлиникой (главного врача) о выявленном больном и его состоянии;
 - Б. запрашивает соответствующие медикаменты, укладки защитной одежды, средства личной профилактики.
3. Запрещается выносить вещи из кабинета, передавать амбулаторные карты в регистратуру до проведения заключительной дезинфекции.
4. В кабинете, где выявлен больной, закрывают двери и окна, отключают вентиляцию. Вентиляционные отверстия заклеивают лейкопластырем (кроме заболевания холерой).
5. До получения защитной одежды медицинский работник при подозрении: на чуму, ГВЛ (геморрагические вирусные лихорадки), оспу обезьян должен временно закрыть нос и рот полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта). Перед

надеванием защитной одежды открытые части тела обрабатывают 0,5–1% раствором хлорамина или 70-градусным спиртом, а слизистые оболочки – раствором стрептомицина (при чуме) или слабым раствором марганцево-кислого калия (при ГВЛ и оспе обезьян).

При выявлении больного с подозрением на холеру строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций.

При холере запрещается пользоваться умывальными раковинами (для этих целей выделяются отдельные емкости).

6. Защитную одежду (противочумный костюм соответствующего типа) одевают, не снимая собственный халат (кроме сильно загрязненной выделениями больного одежды).
7. При выявлении больного чумой, ГВЛ, оспой обезьян медицинский работник не выходит из кабинета (при выявлении больного холерой врач или сестра при необходимости могут выйти из кабинета, предварительно вымыв руки и сняв медицинский халат) и остается с ним до прибытия эвакобригады, эпидбригады.
8. При выявлении больного с подозрениями на холеру и получении укладки проводится забор материала для бактериологических исследований. Выделения (рвотные массы, испражнения) собираются в отдельные емкости.
9. В кабинете, где выявлен больной, проводится текущая дезинфекция.

Противочумный костюм

Первый тип или полный противочумный костюм состоит из: пижамы или комбинезона, большой косынки (капюшона) противочумного халата, ватно-марлевой маски, очков-консервов, резиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых, полотенца.

Для вскрытия трупа необходимо дополнительно иметь вторую пару перчаток, клеенчатый фартук, нарукавники.

Противочумный костюм ПЕРВОГО типа применяется при:

- работе в госпитале, провизорном госпитале и др. с больными легочной или септическими формами чумы;
- до установления окончательного диагноза у больных bubonic и cutaneous формами чумы и до получения отрицательного результата бактериологического исследования;
- больных КГВЛ (контагиозными геморрагическими вирусными лихорадками);
- работе в изоляторе для контактных с больными легочной формой чумы и больных КГВЛ;
- проведении текущей и заключительной дезинфекции (дезинсекции и дератизации) в очаге заболеваний легочной формой чумы;
- вскрытии трупа погибшего от чумы;
- проведении подворных обходов;
- заборе материала для лабораторных исследований от больных с подозрением на чуму, КГВЛ.

Второй тип противочумного костюма состоит из: пижамы или комбинезона, большой косынки (капюшона), противочумного халата, ватно-марлевой маски, резиновых перчаток, носков (чулок), резиновых сапог, полотенца.

Противочумный костюм ВТОРОГО типа применяется при:

- работе в госпитале, провизорном госпитале и др. с больными оспой обезьян;

- проведении текущей и заключительной дезинфекции в очаге бубонной формой чумы, холеры, оспы обезьян;
- вскрытии трупа погибшей от холеры, оспы обезьяны;
- заборе материала от больных с подозрением на оспу обезьян.

Третий тип противочумного костюма состоит из: пижамы, противочумного халата, большой косынки, резиновых перчаток, носков, глубоких калош и полотенца.

Противочумный костюм ТРЕТЬЕГО типа применяется при работе в госпитале, провизорном госпитале с больными бубонной или кожной формой чумы, получающими специфическое лечение.

Противочумный костюм четвертого типа состоит из: пижамы, медицинского халата, шапочки или марлевой косынки, носов, тапочек (туфель).

Противочумный костюм ЧЕТВЕРТОГО типа применяется при:

- работе в госпитале, провизорном госпитале с больными холерой. При проведении туалета больного, надевают резиновые перчатки, при обработке выделений – маску;
- заборе материала для лабораторных исследований от больных с подозрением на холеру (дополнительно надевают резиновые перчатки).

Тестовые задания

1. Механизм передачи ботулизма:
 - а) воздушно-капельный
 - б) фекально-оральный
 - в) трансмиссивный
2. Назовите источник инфекции при ботулизме:
 - а) больной человек
 - б) водоплавающие птицы
 - в) теплокровные животные
3. Продолжительность инкубационного периода при ботулизме:
 - а) 6-8 месяцев
 - б) от 30 минут до 24 часов
 - в) 14 дней
4. Клинические проявления, характерные для ботулизма:
 - а) в левой подвздошной области кишка пальпируется в виде плотного болезненного тяжа
 - б) увеличение печени, разеолезная сыпь на груди и животе
 - в) сухость во рту, туман перед глазами, шаткая походка, слабость
5. Главный лекарственный препарат, применяемый для лечения больных ботулизмом:
 - а) антигистаминный
 - б) чужеродная сыворотка
 - в) витамины
6. Назовите препарат, устраняющий сухость слизистых оболочек:
 - а) борная кислота
 - б) фурацилин 1:5000
 - в) раствор марганцовокислого калия
7. Какая пара ЧМН поражается при ботулизме:
 - а) 1-2

- б) 9-12
в) 6-7
8. Что губительно действует на палочку ботулизма:
а) кипячение
б) автоклавирование температурой 120°
в) низкая температура
9. Какие симптомы возникают при ботулизме:
а) Рука-прачки
б) боязнь
в) сетка перед глазами
10. В каких продуктах находится палочка ботулизма:
а) химических
б) консервированных
в) морских
11. На каком животном проводят для выявления палочки ботулизма:
а) собака
б) корова
в) белые мышки
12. Классические симптомы ботулизма:
а) опистонус
б) диплопия
в) анизокория

Эталоны ответов

- | | |
|------|----------|
| 1. б | 7. б |
| 2. а | 8. б |
| 3. б | 9. в |
| 4. в | 10. б |
| 5. б | 11. в |
| 6. б | 12. б, в |

Задание в тестовой форме

1. Брюшной тиф относится к группе инфекций:

- а. воздушно-капельных,
- б. кишечных,
- в. кровяных;
- г. наружных кожных покровов.

2. Брюшнотифозная палочка поражает:

- а. двенадцатиперстную кишку;
- б. тощую кишку;
- в. подвздошную кишку;
- г. толстый кишечник.

3. Продолжительность инкубационного периода:

- а. до 5 суток;
- б. 6-8 месяцев;
- в. до 21 дня ;
- г. 12 часов ;

4. По типу какого состояния протекает продромальный период брюшного тифа:

- а. астеновегетативного синдрома;
- б. гриппа;
- в. болей в суставах;
- г. диспепсий ;

5. Розеолезная сыпь - это :

- а. мелкоточечные кровоизлияния;
- б. пузырек наполненный;
- в. мелкие пятна розового цвета, при надавливании исчезают;
- г. плотный элемент.

6. На гемокультуру крови берут:
- а. 2 - 3 мл.
 - б. 10 мл.
 - в. 1 : 10 по отношению к питательной среде.
7. Больной брюшным тифом соблюдает режим:
- а. постельный;
 - б. строгий постельный;
 - в. палатный.
8. Помощь при острых болях (кинжальных) в животе:
- а. дать обезболивающие средства;
 - б. предложить теплую грелку;
 - в. вызвать врача и госпитализировать в хирургическое отделение.
9. Сроки взятия крови на реакцию агглютинации:
- а. с первого дня заболевания;
 - б. с третьего дня заболевания;
 - в. в конце первой - начале второй недели заболевания.
10. Клинические признаки брюшного тифа:
- а. язык отечный с отпечатками зубов;
 - б. сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа;
 - в. симптом "руки прачки"



Задания в тестовой форме

1. Холерный вибрион поражает:
 - a. Печень
 - b. Толстый кишечник
 - c. Тонкий кишечник
2. Природным очагом холеры является:
 - a. Америка
 - b. Европа
 - c. Южная Азия
3. Заражение холерой происходит:
 - a. Воздушно-капельным путем
 - b. Трансмиссивным путем
 - c. Фекально-оральным путем
4. Продолжительность инкубационного периода:
 - a. 1-5 дней
 - b. 21 день
 - c. 6-8 месяцев
5. Характерным признаком холеры является:
 - a. Стул в виде «малинового желе»
 - b. Стул в виде слизи с прожилками крови
 - c. Стул в виде «рисового отвара»
6. Дезинфекция мерного ведра из-под испражнений производится:
 - a. 1% раствором хлорамина
 - b. 6% раствором перекиси водорода
 - c. 3% раствором хлорамина
7. Проявлением дегидратации является:
 - a. Разлитые боли вокруг пупка
 - b. Стул в виде «рисового отвара»
 - c. Кожа сухая, собранная в складку

8. Испражнения на посев необходимо брать:
- a. В конце первой – начале второй недели заболевания
 - b. С первого дня заболевания
 - c. В разгар клинической картины заболевания
9. Материал на посев берут в посуду:
- a. Сухую, чистую
 - b. Стерильную
 - c. нестерильную
10. В лечении холеры решающее значение принадлежит препаратам:
- a. Антигистаминным
 - b. Витаминам
 - c. Солевым раствором

V. Решение ситуационных задач.

Ситуационная задача

Больной заболел остро 9/VIII в 15⁰⁰. появилась частая рвота, жидкий стул, трижды было обморочное состояние. Доставлен в стационар 10/VIII в 14⁰⁰, в крайне тяжелом состоянии, температура - 35°, черты лица заострены, глаза запавшие, с темными очками, руки «прачки», афония, цианоз губ, конечностей. Периодически повторяются болезненные, частые судороги в конечностях. Пульс нитевидный, АД – не определяется, анурия.

Пациенту налажено внутривенное струйное введение солевых растворов. Через 20 минут стало определяться АД, появился голос, прекратились судороги. За час введено струйно 6 литров растворов. Общая потеря жидкости за время пребывания в стационаре составила 37 литров, в течение 85 часов внутривенно введено 50 литров растворов.

Из испражнении выделен холерный вибрион.

1. Поставьте сестринские диагнозы и разработайте план ухода.
2. Объясните, как Вы возьмете материал от данного больного для бактериологического исследования.

Тестовые задания

1. Патологический процесс при дизентерии локализуется:
 - а) в желудке
 - б) в печени
 - в) в толстом кишечнике
2. Чаще вызывается дизентерия в настоящее время возбудителями:
 - а) Григорьева-Шига
 - б) Штуцера-Шмитца
 - в) Флекснера, Зоне
3. Механизм передачи:
 - а) воздушно-капельный
 - б) фекально-оральный
 - в) трансмиссивный
4. Возбудитель дизентерии не находится:
 - а) в крови
 - б) в испражнениях
 - в) в слизистой оболочке толстой кишки
5. Длительность инкубационного периода:
 - а) 1-7 дней
 - б) 21 день
 - в) 6-8 месяцев
6. Для дизентерии не характерен синдром:
 - а) интоксикационный
 - б) колитический
 - в) энтеретический
 - г) артралгический
7. Боли при дизентерии носят:
 - а) колющий характер
 - б) давящий

- в) схваткообразный
8. Боль при дизентерии локализуется:
- а) в эпигастральной области
 - б) в левой подвздошной области
 - в) в правой подвздошной области
 - г) в области пупка
9. Характер стула при дизентерии:
- а) в виде рисового отвара
 - б) в виде малинового желе
 - в) слизь с прожилками крови
10. Кожно-аллергической пробой выявляют наличие в организме:
- а) микробов
 - б) антител
 - в) хронического заболевания

Эталоны ответов

- | | |
|------|-------|
| 1. в | 6. г |
| 2. а | 7. в |
| 3. б | 8. б |
| 4. б | 9. в |
| 5. а | 10. б |

Этапный контроль

Клиническая задача №1.

Больной В., 21 год, живет в общежитии. Заболел остро. В 12 часов дня – сильный озноб, боль схваткообразного характера по всему животу, больше слева. Исчез аппетит, появилась головная боль. С 15 часов – жидкий каловый стул 10 раз, последние порции со слизью. На следующий день – резкая слабость, стул 20 раз, почти бескаловый, скудный, в виде «ректального плевка», с прожилками крови. Тянущие боли в прямой кишке перед и во время дефекации.

При осмотре – состояние средней тяжести. Бледный. Кожа без сыпи. Пульс – 90 в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. В легких изменений не обнаружено. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Размеры печени и селезенки не увеличены.

Задание:

- 1) Сестринский диагноз.
- 2) Диагноз.
- 3) Уход.

Клиническая задача №2

Больной С., 38 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом «Острая дизентерия, средней тяжести». При сестринском обследовании медсестра получила следующие данные: жалобы на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью (выделения скудные, частота стула 9 раз), повышение температуры, общая слабость. Считает себя больным в течении одного дня. За 5 дней до заболевания ел немытые фрукты, купленные на рынке. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Жалуется на боль в животе, частый жидкий стул со слизью. В контакт

вступает хорошо, выражает опасение заражения кишечной инфекции своей семьи.

Объективно: температура 37,8°C, ЧДД 17 в минуту, пульс 80 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, влажные, нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Стул: бескаловый, «слизистый». Диурез в норме. Пациенту назначено:

- Бак. посев кала на шингеллы и сальмонеллы;
- Кал на копрограмму;
- Стол №4;
- Полупостельный режим;
- Фуразолидон по 0,1 гр. 4 раза в день.

Получены данные лабораторного исследования: бак. исследования кала – выделена Sh. Sonnei.

Задания:

- 1) Выявить потребности, удовлетворение которых нарушено: сформулируйте и обоснуйте проблемы пациента.
- 2) Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.
- 3) Объясните пациенту как подготовиться к ректороманоскопии.
- 4) Обучите пациента правилам личной гигиены для предупреждения развития кишечных инфекций.
- 5) Продемонстрируйте на фантоме технику взятия кала на бак. исследования из прямой кишки.

Ситуационные задачи

№1

У больного частый стул, испражнения состоят из жидкой слизи с примесью крови, частые тенезмы. Язык влажный, обложен грязно-серым налетом, нисходящая часть толстой кишки утолщена. При пальпации прощупываются спастические сокращенные участки ее, пульс 92 в минуту, температура 38,1°C.

- 1) Поставить сестринский диагноз.
- 2) Разобрать план ухода за больным.

№2

Пациенту с дизентерией назначили антибиотики.

- 1) Опишите алгоритм расчета и введения антибиотиков.

№3

Пациентке, назначено исследование кала на бак. посев.

- 1) Назовите возможные проблемы пациента.
- 2) Объясните пациенту цель и методику выполнения данного назначения.

№4

Пациенту, страдающему дизентерией, назначена ректороманоскопия.

- 1) Назовите возможные проблемы пациента.
- 2) Объясните пациенту цель и методику выполнения данного назначения.

Эталоны ответов

Задача №1

1. Острая дизентерия.
2. Сильный озноб, боль схваткообразного характера, головная боль, стул со слизью 10 раз, резкая слабость, стул с прожилками крови, тянущие боли в прямой кишке.
Помощь при рвоте, туалет полости рта, смена нательного и постельного белья, обеспечить обмывание теплой водой с мылом кожи перепротоанального отворстия, обработка вазелином перепротоанальной области, для защиты кожных покровов. Обеспечить легкоусвояемое питание, в небольшом количестве, обеспечить прием жидкости в большом количестве.

Задача №2

1. Нарушенные потребности: есть, пить, выделять, работать, общаться, поддерживать нормальную температуру тела.
2. Проблемы пациента:
 - *настоящая проблема*: боли в животе, лихорадка, жидкий стул со слизью;
 - *потенциальные проблемы*: риск развития хронической дизентерии, риск развития дисбактериоза кишечника.
3. Из данных проблем приоритетной является: частый жидкий стул со слизью.
4. Приоритетная проблема: частый жидкий стул со слизью.
5. Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение – стул будет оформленным через 3 дня.
6. Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб к моменту выписки.

Сестринские вмешательства

План	Мотивация
Наблюдение за стулом больного с отметкой в температурном листе.	Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений. Для обеззараживания выделений
Обеспечение приема легкоусвояемой пищи в небольшом количестве через каждые 3-4 часа.	Для лучшего переваривания и усвоения пищи.
Обеспечение пациенту приема жидкости в большом количестве.	Для уменьшения интоксикации.
Обеспечение обмывания теплой водой с мылом кожи перепральной области после акта дефекации.	Для предупреждения раздражения кожи.
Обеспечение пациента нанесения на перепральную область вазелина.	Для обеспечения целостности кожных покровов, предупреждение раздражения.
Обеспечение смены нательного и постельного белья по мере загрязнения.	Для поддержания личной гигиены больного.
Обеспечение пациента индивидуальным горшком, ширмой.	Для создания условий для частого опорожнения кишечника и обеззараживания выделений больного.
Обучение родственников соблюдению лечебного стола и характере перепада.	Для выздоровления и ограничения механической нагрузки кишечника.
Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента	Для ранней диагностики и предупреждений развития осложнений.
Выполнение назначений врача.	Для эффективного лечения.

Оценка: пациент отмечает нормализацию стула, демонстрирует знания о мерах профилактики инфекции. Цель достигнута

3. Студент демонстрирует правильно выбранный уровень общения с пациентом, способность доступно, грамотно и аргументированно объяснить ему сущность проведения личной гигиены.
4. Студент демонстрирует правильно выбранную методику объяснения важности и необходимости проведения процедуры ректоскопии.
5. Студент дает алгоритм действий по технике взятия кала на бак. исследования:

Ситуационные задачи

№1

Пациентке, страдающей ботулизмом, назначили исследование кала на возбудитель и его токсин.

1. Назовите возможные проблемы пациентки.
2. Объясните пациентке цель и методику выполнения данного назначения.

№2

Пациент находится в стационаре с диагнозом «Ботулизм».

1. Назовите возможные проблемы пациента.
2. Какие сестринские вмешательства необходимо провести. Алгоритм действия.

№3

Пациентку, страдающему ботулизмом назначена такая манипуляция, как промывание желудка.

1. Назовите возможные проблемы пациента.
2. Объясните пациенту цель и методику выполнения данного назначения.

№4

Пациенту с диагнозом ботулизм была назначена трахеотомия.

1. Назовите возможные проблемы пациента.
2. Опишите алгоритм ухода за трахеостомической трубкой.

№5

Пациенту с ботулизмом назначили введение противоботулинистической сыворотки.

1. Назовите возможные проблемы пациента.
2. Опишите алгоритм расчета и введения сыворотки.

Эталоны ответов

№1

1. Дефицит знаний о цели исследования.
2. Дефицит знаний о выполнении назначения.
3. Алгоритм сбора кала на возбудитель и его токсин.

№2

1. Диспептические расстройства.
2. Расстройства глотания, нарушение зрения.
3. Алгоритм действия м/с при рвоте, уход при нарушении дыхательной деятельности.

№3

1. Дефицит знаний о цели проведения манипуляции.
2. Алгоритм сбора промывных вод на выявление возбудителя.

№4

1. Нарушенное дыхание.
2. Алгоритм ухода за трахеостомической трубкой.

№5

Перед введением противоботулинистической сыворотки для выявления чувствительности к чужеродному белку в обязательном порядке проводят в/к пробу с разведенной 1:100 сывороткой.

Ампулы с разведенной сывороткой 1:100 – маркированы красным, а с сывороткой – синим цветом. Разведенную сыворотку вводят в дозе 0,1 мл в/к в сгибательную поверхность предплечья. Проба считается отрицательной, если через 20 минут, если отек или покраснение на месте введения менее 1 см. Проба положительная, если отек – 1 см и более. При отрицательной в/к

Этапный контроль

Клиническая задача №1

Больная Л., 40 лет, поступила в инфекционное отделение на 2-й день болезни в тяжелом состоянии. В начале болезни наблюдалось затруднительное дыхание и глотание, сухость во рту, «диплопия», «птоз». Общее состояние больной средней тяжести, живот мягкий, безболезнен. Отмечался парез мягкого неба, голосовых связок. Быстро нарастали симптомы кислородного голодания, дыхание поверхностное.

Задание:

- 1) Какой предварительный диагноз?
- 2) Тактика медсестры.
- 3) Выявить проблемы пациента.

Клиническая задача №2

Больной 35 лет поступил в инфекционное отделение на 1-й день заболевания – наблюдались диспепсические расстройства: тошнота, рвота, понос. Больной жалуется на сухость во рту, жажду, чувство распирания желудка, ощущение комка в горле и чувство поперхивания. Частота дыхания 30 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст.

Задания:

- 1) Какой предварительный диагноз?
- 2) Выявить проблемы пациента.

Эталоны ответов

Задача №1

1. Ботулизм.
2. Медсестра обеспечивает больной искусственную вентиляцию легких (ручное, аппаратное дыхание). Вызвать врача.
3. Сестринские проблемы: затруднительное дыхание, затруднительное глотание, сухость во рту, тяжелое состояние, осиплость голоса.

Задача №2

1. Ботулизм.
2. Сестринские проблемы: тошнота, рвота, чувство поперхивания, ощущение комка в горле, чувство распирания желудка.

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ
КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

Строго соблюдать требования кулинарной обработки технологического процесса приготовления пищи. После порционирования отварного мяса, птицы обязательно подвергать их повторной тепловой обработке.

Обработку сырой и готовой продукции производить на разных столах и досках. Разделочные доски и ножи надо использовать в соответствии с маркировкой. Иметь отдельные мясорубки для сырых и вареных продуктов.

Не готовить для детей студней, макарон, блинчиков с мясом, кондитерских изделий с кремом, кваса.

Творог использовать только после тепловой обработки в виде сырников, запеканок.

Блюда, оставшиеся от предыдущего приема пищи, для питания детей не использовать.

Кипяченое молоко хранить на холоде, в закрытой посуде и при каждом употреблении обязательно повторно кипятить.

Соблюдать образцовую чистоту рук: мыть их с мылом перед работой, после каждого загрязнения, после посещения туалетной комнаты.

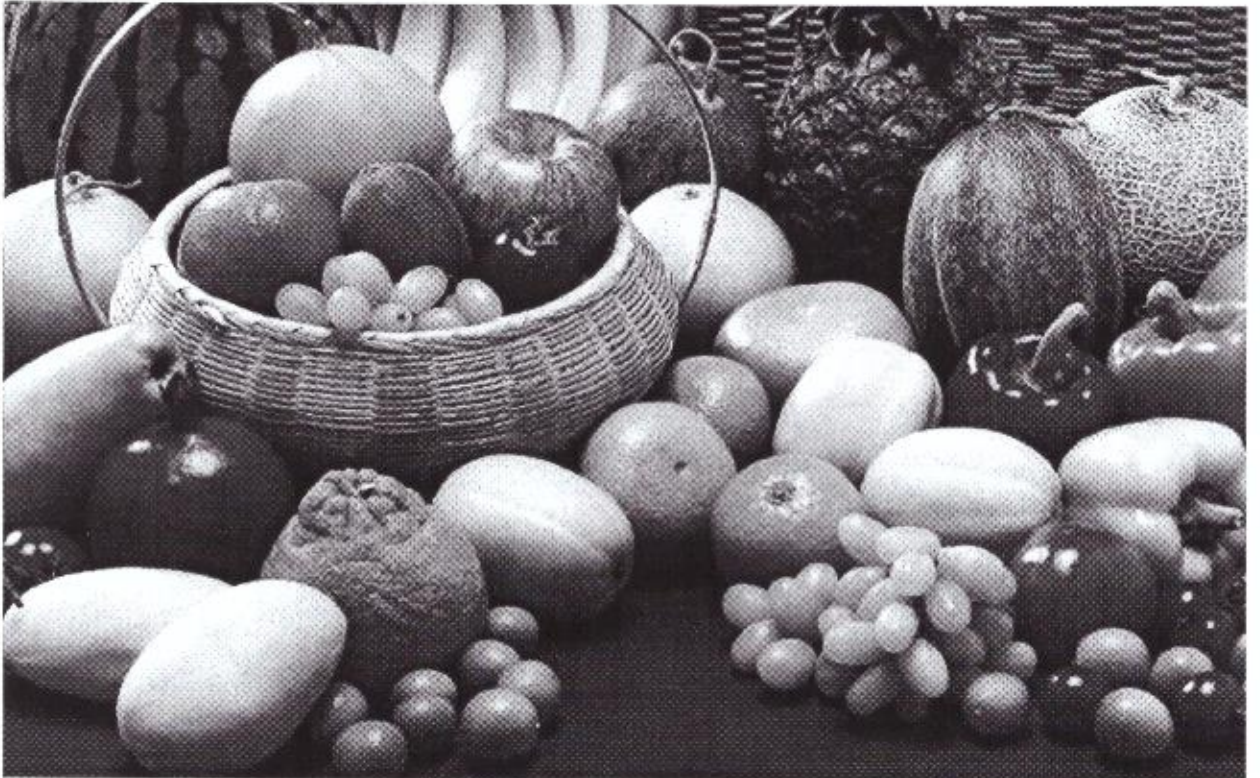
Оберегать руки от травм, каждую ссадину, порез немедленно смазывать йодом или бриллиантовой зеленью. При наличии гнойничковых заболеваний на руках, заболевания ангиной, любого желудочно-кишечного заболевания - в пищевом блоке не работать и немедленно обратиться к врачу.

Строго соблюдать правила личной гигиены.

Мыть руки перед едой, после посещения туалета.

Следить за тем, чтобы питьевая вода ежедневно наливалась свежая в хорошо вымытую посуду, в загородных условиях употреблялась бы только в кипяченном виде.

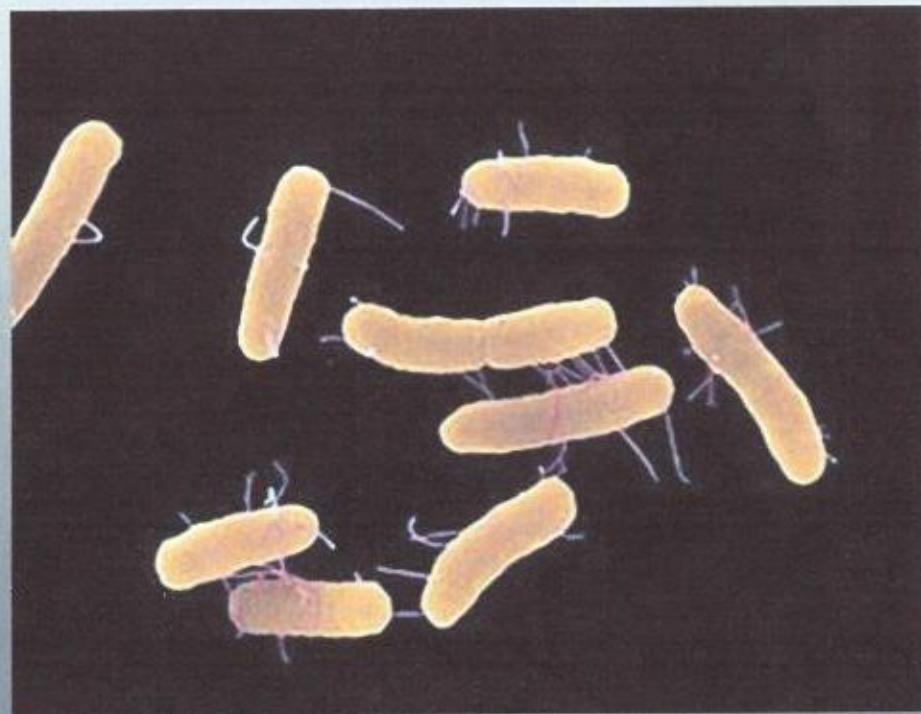
Перед употреблением фрукты и ягоды промывать кипяченой водой.



Сальмонеллез

Сальмонеллёзы у человека рассматривают как определённое заболевание. Основным источником инфекции — больные животные, но в отдельных случаях источником заражения может быть человек (больной или бактерионоситель). Заражение происходит через инфицированные как правило, животного происхождения мясо и мясные продукты, молоко, яйца, особенно утиные и гусиные, студень), при вынужденном, неправильном убою животных, нарушении правил хранения и приготовления продуктов (соприкосновение готовой и сырой продукции, недостаточная термическая обработка продуктов перед употреблением и т. д.). Сальмонеллёзы развиваются в тех случаях, когда в организм попадают накопившиеся в продуктах живые сальмонеллы.

- Клинические проявления сальмонеллёзов разнообразны — от бессимптомного носительства возбудителя инфекции до тяжёлых септических форм. Инкубационный период колеблется от 2—6 часов до 2—3 суток.



Сальмонеллез

- Часто заражение происходит через продукты питания, особенно через яйцо и мясо домашней птицы.
- Часто сопровождается повышением температуры
- У детей первого года жизни часто развивается бактериемия, может также развиваться менингит
- Лечение способствует большей продолжительности периода бактерионошения и распространения инфекции, поэтому лечить следует детей первого года жизни и очень больных детей
- Сульфамидные препараты или цефалоспорины 3 поколения

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.

ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА	ЦЕЛИ	ПЛАНЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	ОЦЕНКА

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.

ПРИОРИТЕТНАЯ ПРОБЛЕМА	ЦЕЛИ	ПЛАНЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	ОЦЕНКА
<p>Расстройства зрения (двоение предметов, косоглазие, опущение век).</p>	<p>Краткосрочные</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Быстрое уточнение и подтверждение диагноза. 2. Действия, направленные на облегчение состояния пациента и предупреждение распространения инфекции. <p>Долгосрочные</p> <p>Выздоровление пациента без осложнений.</p>	<p>Независимое вмешательство</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Удаление остатков инфицированной пищи, возбудителей и токсинов из желудка и кишечника больного: <ul style="list-style-type: none"> А) Промывание желудка 8-10 л теплой воды с помощью зонда. Промывание проводят до появления чистой воды. По окончании процедуры обязательно проводят ополаскивание ротовой полости; Б) Промывание кишечника посредством сифонных клизм: 8-10 л воды с добавлением 2% раствора гидрокарбоната натрия. Промывание до чистой воды. По окончании процедуры резиновую трубку оставляют в прямой кишке на 10-20 мин, опустив ее наружный конец в таз для стока жидкости и отхождения газов. <p>Зависимое вмешательство</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение лечебных моновалентных типов АВСЕ или поливалентной противоботулинистических сывороток, по назначению врача (типы А, Е, С по 10000 МЕ, тип В – 5000 МЕ). 	<p>После проведения комплекса мероприятий и выполнения назначений врача (введение поливалентных и моновалентных сывороток), состояние пациента значительно улучшилось – цель достигнута.</p> <p>Больной выздоровел без осложнений – цель достигнута.</p>

Оценочный лист умений № _____
по теме _____

	Ф.И.О. студентов
	Дневник практики
	Фронтальный опрос
	Ситуационные задачи
	Тестовые задания
	Самостоятельная Работа
	Выполнение манипуляций по алгоритмам
	Итоговая оценка