

Сестринский уход за больными с сердечно- сосудистыми заболеваниями.

Работа учащегося 12 гр Тюляева Ю Ф

Уход — совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению, облегчению страданий и предотвращению осложнений, выполнению врачебных назначений.

Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях предусматривает создание оптимальных условий для выздоровления пациента.



Постельный
режим



Общий
режим

В лечебно-охранительный режим входит определенная организация дня пациента – расписание выполнения лечебно-диагностических мероприятий, режим питания, сна, общения с посетителями и др.



Строгий постельный режим



Палатный режим

Уход не противопоставляется лечению, а органически входит в него как составная часть. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима, оберегающего и щадящего психику больного. Устранение всякого рода чрезмерных раздражителей, обеспечение тишины, покоя, создание обстановки уюта способствуют поддержанию у больного оптимистического настроения, уверенности в благоприятном исходе болезни. Успешное выполнение многочисленных мероприятий по уходу требует не только соответствующих навыков, но и сострадательного отношения к больному, душевной щедрости.



Виды лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ)

здравоохранения:

больничные учреждения (городская, детская, участковая, центральная районная, областная больница, городская клиническая больница, городская больница скорой медицинской помощи, медико-санитарная часть);

специализированные больницы (психиатрическая, туберкулезная, офтальмологическая, инфекционная и др.);

диспансеры (противотуберкулезный, онкологический, кардиологический, психоневрологический, наркологический, врачебно-физкультурный и др.);

амбулаторно-поликлинические учреждения (городская поликлиника, амбулатория, стоматологическая поликлиника, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты);

учреждения охраны материнства и детства (детские ясли, детские сады, дом ребенка, молочная кухня, родильный дом);

учреждения скорой и неотложной помощи и переливания крови (станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови);

санаторно-курортные учреждения (санаторий, санаторий-профилакторий, бальнеологическая и грязелечебница).



больничные
учреждения



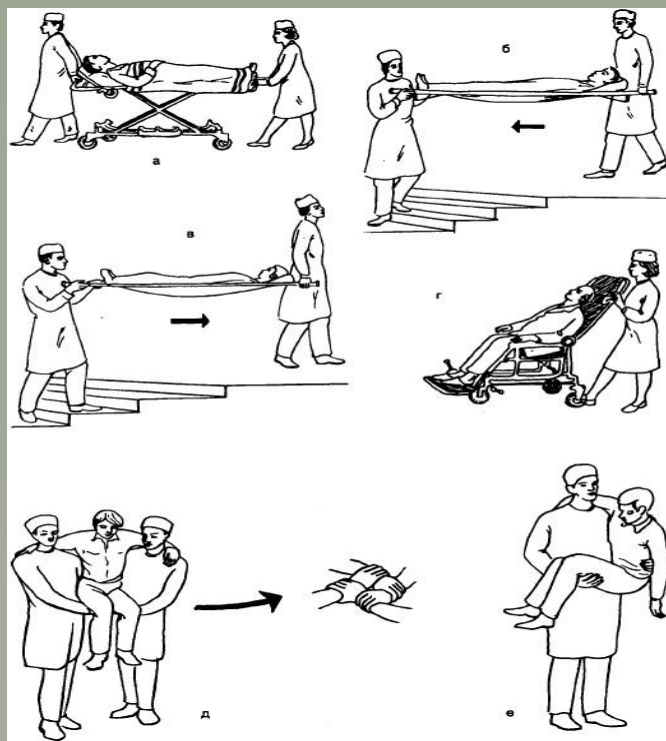
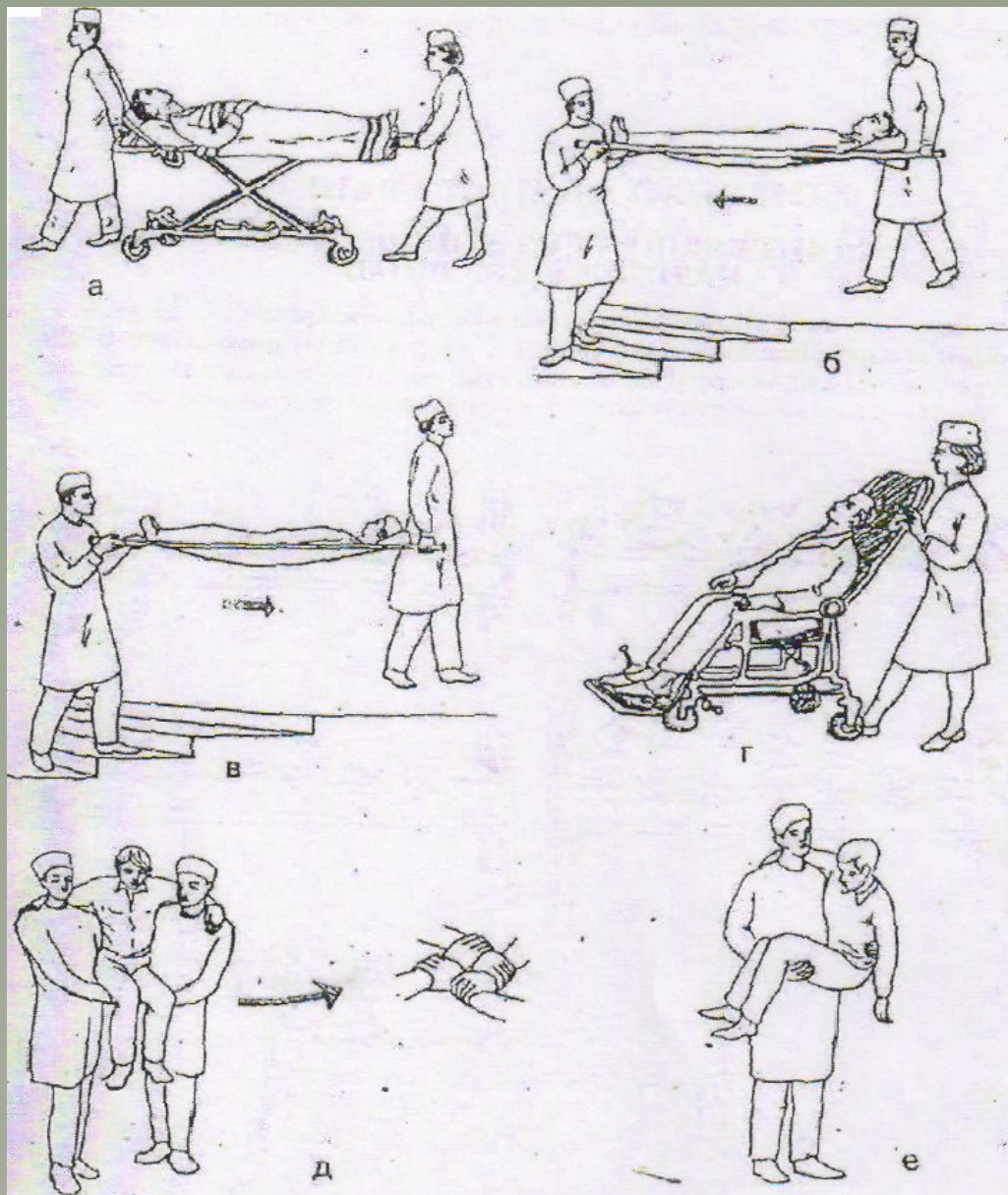
ВИДЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ В ЛЕЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Способ транспортировки пациента в отделение определяет врач в зависимости от степени тяжести состояния пациента: на каталке, кресле-каталке или самостоятельно пешком в сопровождении медперсонала при удовлетворительном состоянии. Врач учитывает статус пациента (а не самочувствие!) :

Состояние пациента констатируют:

- крайне тяжелым;
- тяжелым;
- средней тяжести;
- удовлетворительным.

Особенности транспортировки зависят от конкретной клинической ситуации. Перемещение на каталке - наиболее оптимальный вариант и для сестры, и для пациента. Сестра испытывает минимальные физические нагрузки, пациент – максимальное расслабление мускулатуры тела. Транспортируют пациента в отделение санитарка и (или) медсестры.



Токсические вещества



Перчатки
и



Фармацевтические
средства



Дезинфицирующие средства

Дезинфекци

Дезинфекция — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение во внешней среде патогенных микроорганизмов.



Дезинфекцию подразделяют на текущую, заключительную и профилактическую.



Дератизаци

я



Дезинсекци

я

Антисептик

комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, патологическом очаге или организме в целом, на предупреждение или ликвидацию инфекционного воспалительного процесса. В комплексе с асептикой (Асептика) является обязательной частью хирургических методов лечения. Различают механическую, физическую, химическую, биологическую и смешанную антисептику.

Механическая основана на удалении инфицированных некротизированных и нежизнеспособных тканей, инородных тел, вскрытии затеков и карманов и т.д. В ее основе лежит Хирургическая обработка ран.

Биологическая — использование разнообразных по механизму действия препаратов биологического происхождения, воздействующих непосредственно на микробную клетку (протеолитические ферменты) или опосредованно, повышая иммунорезистентность организма

Наиболее часто используется смешанная А., включающая механическую (иссечение раны), химическую (промывание и обработка раны антисептиками), физическую (использование дренажей, повязок, физиотерапевтических процедур) и биологическую (введение сывороток, антибиотиков, протеолитических ферментов) антисептику.



Предстерилизационная очистка (ПСО) – второй этап цикла обработки ИМН, предусматривающий удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений и остаточных количеств лекарственных препаратов.

Чрезвычайно важным условием современной эффективной технологии обработки ИМН является их качественная очистка. При выборе средств для дезинфекции и очистки первостепенное значение имеет отсутствие фиксирующего действия у применяемых для этого средств. В частности, как известно, альдегид-содержащие дезинфекционные средства обладают выраженным фиксирующим действием, в результате чего органические загрязнения прочно фиксируются на поверхности обрабатываемых изделий, что может привести к неэффективной дезинфекции и очистке.

Современные композиционные дезинфекционные средства позволяют совместить при использовании раствора одного средства дезинфекцию и ПСО изделий.

Стерилизация

Последним этапом обработки ИМН является **стерилизация**, для выполнения которой в ЛПУ используются термические, химические методы, а также их комбинация:

Стерилизация

Последним этапом обработки ИМН является **стерилизация**, для выполнения которой в ЛПУ используются термические, химические методы, а также их комбинация:

Используются следующие **методы стерилизации**:
 термические (паровой, воздушный, инфракрасный, гласперленовый)
 химические (газовый, плазменный, озоновый, растворами химических средств)

Процессы при проведении очистки	Режим очистки				Применяемое оборудование
	Первоначальная температура раствора, °С		Время выдержки, мин		
	номинальное значение	предельное отклонение	номинальное значение	предельное отклонение	
Погружение инструментов, загрязненных кровью, в раствор ингибиторов коррозии (1 % раствор бензоата натрия) сразу после использования их в ходе операции или манипуляции	22	±5	60	±5	Таз, бачок
Ополаскивание проточной водой	-	-	0,5	+0,1	Ванна, раковина
Замачивание в при применении моющем растворе (п. 2.8) при применении полном погружении изделия	40 ^x	+ 5	15	+1,0	Бачок, ванна, раковина
	50 ^x	+5			
Мойка каждого изделия в моющем растворе (п. 2.8) при помощи ерша или ватно-марлевого тампона			0,5	+0,1	
Ополаскивание под проточной водой			3,0	+1,0	Ванна, раковина с устройством для струйной подачи воды
			5,0		
			10,0		
Ополаскивание дистиллированной водой	-	-	0,5	+ 0,1	Бачок, ванна
Сушка горячим воздухом	85	+2 -10	до полного исчезновения влаги		сушильный шкаф



Механическая мойка



Стерилизация в автоклаве



Стерилизация в автоклаве

Инъекции Виды

Техника внутривенной инъекции заключается во вкалывании очень тонкой иглы под острым углом на незначительную глубину так, чтобы ее отверстие проникло только под роговой слой кожи. Нежно надавливая на поршень шприца, в кожу вводят 1-2 капли раствора. Если острое иглы установлено правильно, в коже образуется белесоватое возвышение в виде сферического волдырика до 2-4 мм в диаметре.



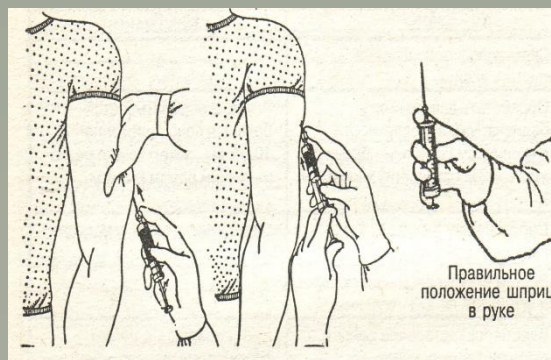
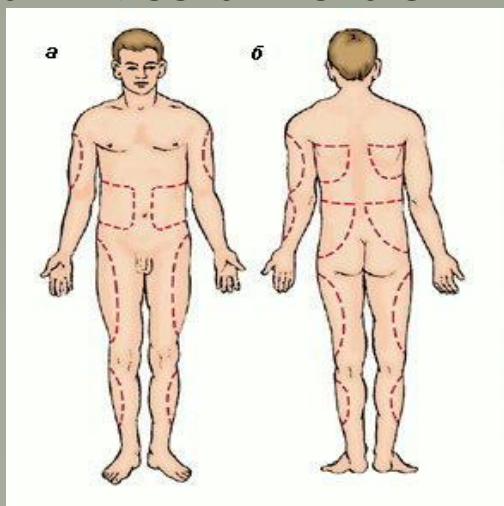
Внутривенные
инъекции и инфузии



Внутрикожные
инъекции

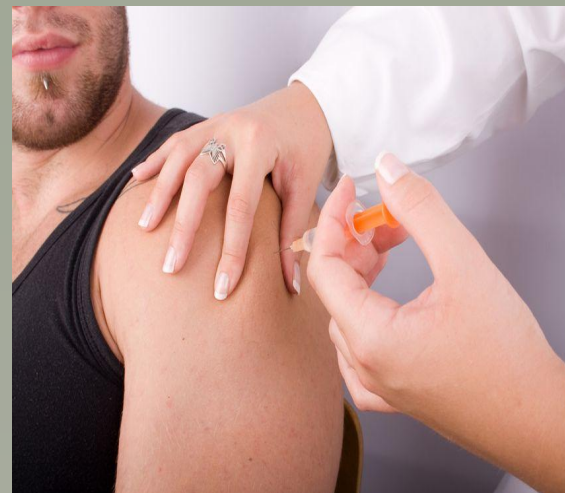
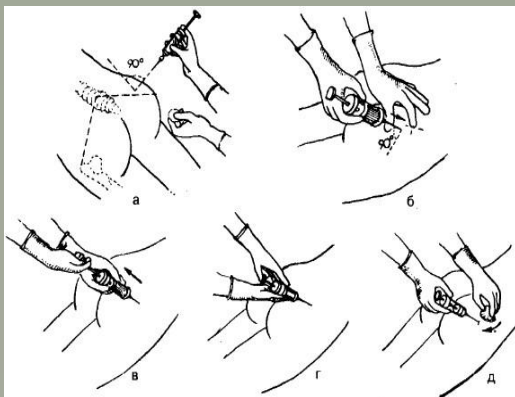
Подкожные инъекции

Техника инъекций следующая. Держа шприц большим и тремя средними пальцами правой руки в направлении по току лимфы, большим и указательным пальцами левой руки захватывают кожу и подкожную клетчатку в складку, которую оттягивают вверх навстречу острию иглы. Коротким быстрым движением вкалывают иглу в кожу и продвигают в подкожную клетчатку между пальцами левой руки на глубину 1-2 см. После этого перехватывают шприц, помещая его между указательным и средним пальцами левой руки, а мякоть ногтевой фаланги большого пальца кладут на рукоятку поршня шприца и выжимают содержимое. По окончании инъекции быстрым движением извлекают иглу. Место вкола слегка смазывают йодной настойкой. Обратного истечения лекарственного раствора из места вкола быть не должно.



Внутримышечные инъекции

Техника. При проведении внутримышечных инъекций в ягодичную область больной должен лежать на животе или на боку. Инъекции в область бедра производятся в положении лежа на спине. Используется игла длиной не менее 5-6 см достаточного Калибра. Игла вкалывается в ткани резким движением правой руки перпендикулярно к коже на глубину 5-6 см (рис. 31, б). Это обеспечивает минимальное ощущение боли и введение иглы до мышечной ткани. При впрыскивании в зону бедра игла должна быть направлена под углом к коже. После вкола, перед введением препарата, надо слегка подтянуть поршень наружу, снять шприц с иглы и убедиться в том, что из нее не вытекает кровь. Наличие крови в шприце или вытекание ее из иглы указывает на то, что игла попала в просвет сосуда. Убедившись в правильном стоянии иглы, можно проводить введение лекарственного препарата. По окончании инъекции игла быстрым движением извлекается из тканей, место вкола на коже обрабатывается йодной настойкой.



Техника инъекции. Произведя венепункцию и убедившись в правильном положении иглы в вене, приступают к введению лекарственного препарата. Для этого необходимо снять жгут, который был наложен для наполнения вены. Делать это следует осторожно, чтобы не изменить положение иглы. Саму инъекцию даже в тех случаях, когда вводится небольшой объем лекарственной жидкости, производить надо очень медленно. На протяжении всей инъекции необходимо контролировать, попадает ли вводимая жидкость в вену. Если жидкость начинает поступать в близлежащие ткани, то в окружности вены появляется набухание, поршень шприца плохо продвигается вперед. В таких случаях инъекцию следует прекратить, иглу извлечь из вены. Процедуру повторяют.

По окончании инъекции иглу быстро выводят из вены в направлении ее оси, параллельно поверхности кожи, чтобы не повредить стенку вены. Точечное отверстие на месте вкола иглы прижимается ватным или марлевым тампоном, смоченным спиртом. Если инъекция выполнялась в локтевую вену, больному предлагается максимально согнуть руку в локтевом суставе, зажав при этом тампон.



ГОТОВИМ ШПРИЦ К ИНЪЕКЦИИ

Вымойте руки с мылом и протрите их ватой, смоченной спиртом.
Откройте упаковку, присоедините иглу к шприцу.

ЕСЛИ ЛЕКАРСТВО В АМПУЛЕ

1 Постучите по верхней части ампулы пальцем, чтобы весь раствор переместился в нижнюю.



2 Специальной пилочкой надпилите шейку ампулы по кругу, затем протрите ее ваткой со спиртом. Если есть цветной ободок, пилить не надо – можно сразу отламывать кончик по обозначенной линии. Этой же ваткой осторожно отломите кончик ампулы.



3 Возьмите ампулу в левую руку, зажмите ее большим, указательным и средним пальцами. Шприц возьмите в правую руку.



4 Введите иглу в ампулу.



5 Замените иглу.



ЕСЛИ ЛЕКАРСТВО ВО ФЛАКОНЕ

1 Пинцетом или ножницами подденьте алюминиевый язычок в центре крышки, удалите его.



2 Протрите крышку флакона ваткой со спиртом.



3 Переверните флакон и проколите иглой резиновую пробку. Оттягивая поршень, наберите в шприц необходимое количество раствора.



4 Замените иглу.



Если есть возможность, пригласите для выполнения инъекций медика

Держа шприц иглой вверх, постучите по нему пальцем, чтобы попавшие внутрь пузырьки воздуха скопились в верхней части.



Затем надавите на поршень, выталкивая воздух через иглу.

МОЖНО КОЛОТЬ!



Художник: Татьяна Пустовских
Текст: Алексей Водовозов

Последовательность выполнения процедуры:

- 1) приготовить растворы для инъекций (изотонический раствора хлорида натрия, воду для инъекций или 0,25—0,5 %-ный раствор новокаина), флакон с антибиотиками, стерильный шприц с иглой, стерильные иглы, 70 %-ный раствор этилового спирта, стерильные ватные шарики, стерильный лоток, стерильный пинцет, полотенце, мыло;
- 2) сверить надпись на ампуле с листком назначений, уточнить срок годности;
- 3) провести гигиеническую обработку рук, надеть стерильные перчатки;
- 4) открыть металлическую крышку на флаконе;
- 5) обработать резиновую пробку ватным шариком, смоченным в спирте;
- 6) набрать в шприц один из растворителей из расчета 1 мл растворителя на каждые 100 000– 1 000 000 ЕД;
- 7) проколоть резиновую пробку флакона, постепенно ввести в него раствор;
- 8) отсоединить шприц от иглы и встряхивать флакон до полного растворения антибиотика;
- 9) присоединить шприц к игле, перевернуть флакон и набрать необходимую дозу антибиотика;
- 10) отсоединить шприц от иглы и насадить иглу для выполнения внутримышечной инъекции;
- 11) положить в стерильный лоток 3 ватных шарика, смоченных в спирте, шприц с антибиотиком и накрыть стерильной салфеткой.

Высокая культура и опрятность, сердечность и заботливость, тактичность и внимательность, самообладание и бескорыстие, человечность — основные качества, необходимые медсестре. Медсестра должна хорошо владеть искусством слова, в общении с больными и их родственниками соблюдать чувство меры и такта, прилагать максимум усилий для создания обстановки доверия между больным и медсестрой.

Болезни, физические страдания порождают повышенную раздражительность, чувство тревоги, ощущение неудовлетворенности, иногда даже безысходности, недовольство, обращенное к медперсоналу или близким. Противопоставить этому тягостному мироощущению нужно чуткость, такт, умение ободрить, поддержать больного.

Измерение температуры тела (термометрия)

Шкала термометра рассчитана на определение температуры тела с точностью до $0,1^{\circ}\text{C}$ - от 34 до 42°C .

Измерение температуры тела проводится, как правило, дважды в день: утром в 7-8 ч и вечером в 17-18 ч. Следует отметить, что температура тела минимальная рано утром (между 3 и 6 ч), а максимальная - во второй половине дня (между 17 и 21 ч). В нашей стране чаще всего **термометрию** проводят в подмышечной впадине, реже в паховой складке (у детей).

Классификация лихорадки. По степени повышения температуры тела выделяют:

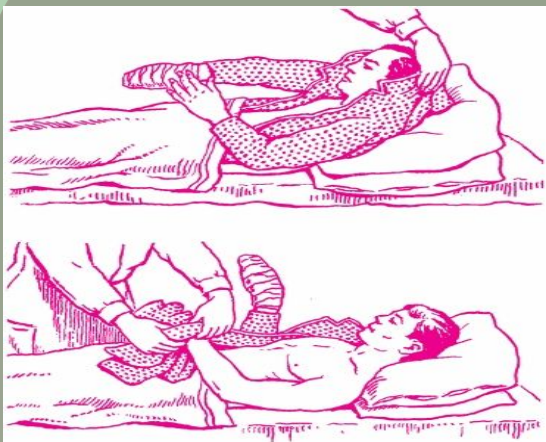
Субфебрильную лихорадку – подъемы от $37,1$ до $38,0^{\circ}\text{C}$. Фебрильную (умеренно повышенную) от $38,1$ до $39,0^{\circ}\text{C}$.

Пиретическую (высокую) – от $39,1$ до $40,0^{\circ}\text{C}$.

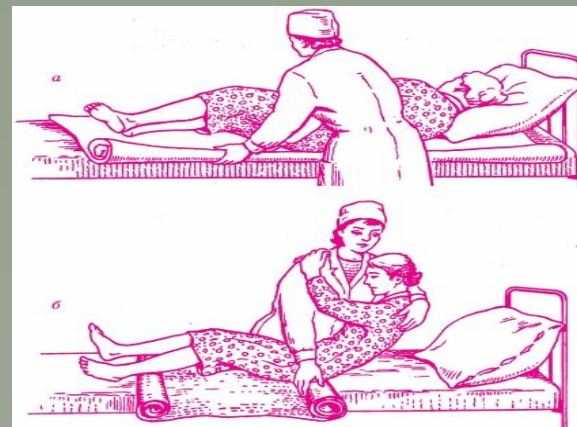
Гиперпиретическую (очень высокую) – от $40,1^{\circ}\text{C}$ и выше

По характеру колебаний температуры тела в течение суток или более длительного периода лихорадка подразделяется на ряд разновидностей
Постоянная, Послабляющая, Перемежающаяся, Возвратная, Гектическая, Волнообразная, Неправильная, Извращенная, Острая, волнообразная, Рецидивная

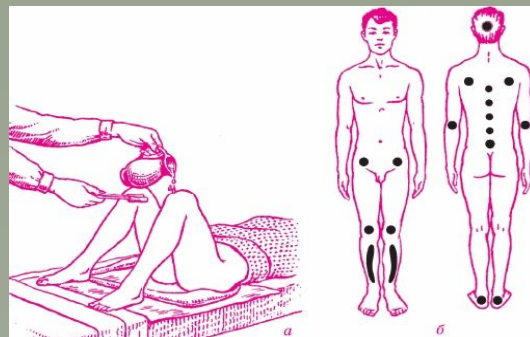
Личная гигиена тяжелобольного пациента



**а - подмывание
больной; б - места
наиболее частого
образования
пролежней**



**Смена нательного
белья у тяжелобольного**



**Смена постельного белья
у тяжелобольного: а -
первый способ; б -
второй способ**

Пролежни

Пролежень (decubitus) – это глубокие поражения кожи и мягких тканей вплоть до их омертвения в результате длительного сдавливания. К факторам, способствующим образованию пролежней, относятся нарушение местного кровообращения, иннервации и питания тканей. Пролежни могут образовываться везде, где есть костные выступы. При положении пациента на спине это – крестец, пятки, лопатки, иногда затылок и локти, редко по остистым отросткам позвонков. При положении сидя это – седалищные бугры, стопы ног, лопатки. При положении лёжа на животе это – рёбра, колени, пальцы ног с тыльной стороны, гребни подвздошных костей. При положении на боку это – выпуклые части суставов (коленный, локтевой, плечевой, лодыжка)

Умывание пациента

Пациентам, находящимся на постельном режиме, медсестра оказывает помощь при утреннем туалете. Необходимо предоставить пациенту возможность самостоятельно выполнять посильные для него действия!



Кислородная терапия (оксигенотерапия) — применение кислорода с лечебной целью. Применяют в случаях, когда наблюдается гипоксия (недостаток кислорода в тканях) или гипоксемия (недостаток кислорода в крови). Кислородная терапия наиболее эффективна при легочных формах артериальной гипоксемии, встречающейся при: 1) нарушении легочной вентиляции при острых пневмониях, капиллярном бронхите, **эмфиземе легких**, приступах бронхиальной астмы; 2) затруднении диффузии кислорода через альвеолярную мембрану при «легочном сердце», синдроме Айерса, отеке легких токсического или циркуляторного происхождения (пороки сердечных клапанов, приступ **сердечной астмы**); 3) поступлении венозной крови через легочные артерио-венозные анастомозы, при **врожденных пороках сердца** (тетрада Фалло, комплекс Эйзенменгера и др.). Вдыхание газовой смеси, содержащей 40—50% кислорода, значительно улучшают состояние больных. Кислород в этих случаях применяют длительно (часами, иногда сутками).



Профилактика пролежней, алгоритм выполнения

Манипуляция: профилактика пролежней.

Цель. Предупреждение омертвления мягких тканей в местах их длительного сдавления.

Показания. Постельный режим больного.

Оснащение. Противопротлежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.
2. Пациента поворачивают на бок.
3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.
4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.
5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.
6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.
7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.
8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.
9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.
10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.
12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.
13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.



Кормление тяжелобольных

Кормление тяжелобольных требует особого подхода и бывает затруднено из-за снижения аппетита и слабости жевательных и глотательных движений, которые появляются в связи с ограничением двигательной активности. В таких случаях больного нужно кормить чаще, малыми порциями, с ложечки. В пищевом режиме следует учитывать разрешенные и запрещенные продукты. Густую пищу необходимо разбавлять молоком, бульоном или соком и после проглатывания давать запивать из поильника или ложки.

Кормить больного необходимо в спокойной обстановке, не отвлекая его внимания, например, световыми раздражителями или разговорами.

Тяжелобольных кормят в постели. Для этого им следует придать удобное сидячее или положение полусидя, либо приподнять голову, уложив ее на подставленную руку медицинской сестры.

Нельзя спешить, иначе больной может поперхнуться. Важно следить, чтобы пища не была слишком горячей или холодной. Число кормлений обычно увеличивают до 5—6 раз в день при относительно малом количестве пищи на один прием. Пища для тяжелобольных должна быть полноценной в отношении компонентов питания и обогащенной витаминами.



Питание через прямую кишку

При отравлении солями тяжелых металлов прием пищи больному осуществляют через прямую кишку.

С этой целью чаще всего вводят:

- изотонические растворы: 0,85%-ный раствор хлорида натрия, 5%-ный раствор глюкозы;
- препараты: аминокептид для микробиологических питательных сред жидкий, альвезин, гидролизаты козеина, содержащие полный набор аминокислот.

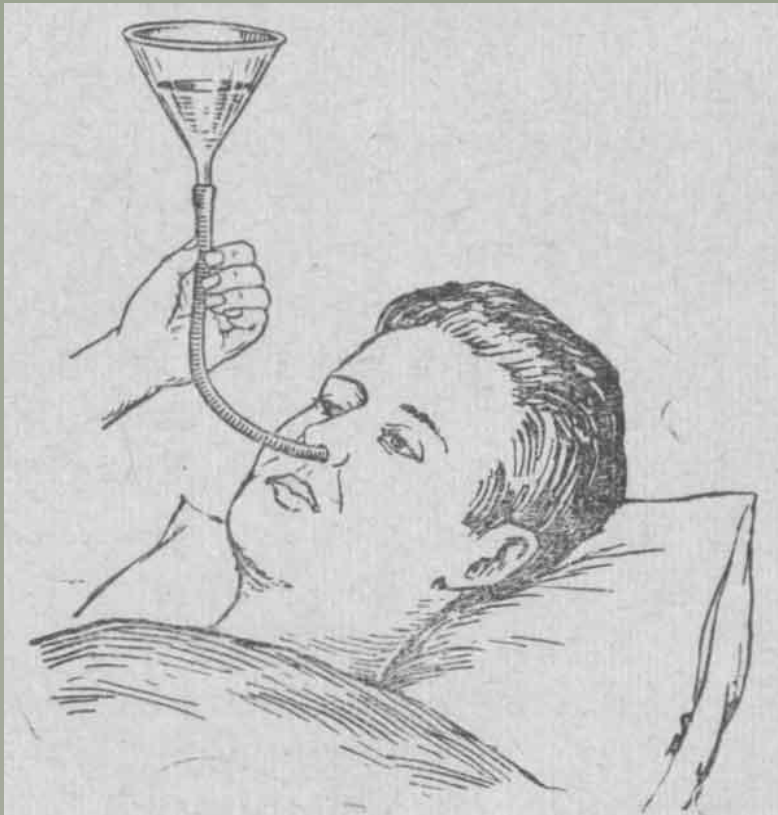
Перед введением питательного раствора больному делают очистительную клизму. После этого кишечнику следует дать время успокоиться. Питательные растворы и жидкости вводят подогретыми до температуры 38—40 °С капельным путем или одномоментно по 50—100 мл 3—4 раза в день. Для ослабленных, пожилых, больных с повреждением толстого отдела кишечника и недержанием кала предпочтительно использовать метод капельного введения, так как они плохо удерживают питательные растворы при одномоментном вв



Кормление через зонд

При бессознательном состоянии больного или психических расстройствах, сопровождающихся полным отказом от приема пищи, а также при травматических повреждениях органов полости рта прибегают к кормлению через зонд. Этим способом кормят и детей с глубокой недоношенностью, когда у них отсутствуют сосательный и глотательный рефлекс.

Для кормления готовят тонкий желудочный зонд без оливы, воронку емкостью 150—200 мл, шприц Жане и 1—2 стакана жидкой или полужидкой пищи. Зонд, воронка и шприц должны быть простерилизованы кипячением и остужены до **температуры** тела больного. Зонд вводится через носовой ход. Предварительно носовые ходы осматривают, очищают от корок и слизи; закругленный конец зонда смазывают глицерином. Когда зонд доходит до задней стенки ротоглотки, больного (если он в сознании) просят сделать глотательное движение или осторожно, продвинув указательный палец через рот больного, слегка прижимают зонд к задней стенке глотки, продвигая его дальше по пищеводу, минуя гортань и трахею. При попадании зонда в гортань и трахею обычно возникают свистящее стенотическое дыхание и кашель. В таком случае зонд необходимо оттянуть несколько назад, дать больному успокоиться и, как указано выше, осторожно продвигать зонд по пищеводу в желудок — примерно до 35—45 см в зависимости от роста больного. Чтобы убедиться, не попал ли зонд в трахею, к наружному его концу подносят кусочек ваты или папиросной бумаги. Если вата или бумага не движутся синхронно с дыханием больного, начинают вводить приготовленную пищу. В воронку пищу вливают небольшими порциями или медленно, с остановками вводят через зонд с помощью шприца Жане. В ходе кормления нужно следить, чтобы просвет зонда не заполнялся, и регулярно «промывать» его чаем, соком или бульоном. После кормления воронку и шприц моют и кипятят. Зонд оставляют в желудке на 4—5 дней. Наружный конец зонда прикрепляют лейкопластырем к щеке и голове больного. Необходимо следить



Физиотерапия — это лечение с помощью природных и физических факторов: тепло и холод, ультразвук, электрический ток, магнитное поле, лазер, ультрафиолетовое, инфракрасное и другие виды излучений, лечебные грязи, вода, массаж, гирудотерапия и др.



Гирудотерапия - лечение и применение процедуры

Гирудотерапия - лечение с помощью медицинских пиявок – является признанным с древних времен методом медицины.

Гирудотерапия - лечение спины

Разумеется, медицинских пиявок никто не ловит сачком в пруду, как Дуремар в сказке про Буратино. Хотя бы потому, что на воле они плавают грязные, ленивые и сытые. Лечебных (медицинских) пиявок разводят в специальных медицинских лабораториях или на специальных фабриках, где проходят строжайший карантин, а потом уже их продают в аптеке.

Медицинская пиявка в гирудотерапии, является «одноразовым инструментом» (применяется только однократно), что полностью исключает инфицирование пациента. **Гирудотерапия** не имеет аналогов среди современных методов лечения и является превосходным средством для лечения целого ряда заболеваний, так как не вносит в кровоток веществ, обладающих побочными действиями.

Пиявка совершает целый комплекс мероприятий с организмом пациента:

- активизирует микроциркуляцию крови
- улучшает насыщение тканей кислородом и питательными веществами
- растворяет тромбы в крови и предотвращает образование новых
- улучшает иммунитет
- восстанавливает биополе



Компрессы

Компресс — это многослойная лечебная повязка, действующая как отвлекающее и рассасывающее средство. По характеру действия компрессы бывают холодные (примочки), горячие, согревающие и лекарственные.

ХОЛОДНЫЕ КОМПРЕССЫ

Холодные компрессы, или примочки, применяются при ушибах, травмах, кровоподтеках. Они вызывают местное охлаждение и уменьшают отек и боль. Для приготовления холодного компресса необходимо взять кусок плотного полотенца, сложенного в несколько слоев, и намочить его в холодной воде или в специальной жидкости аптечного приготовления (свинцовая примочка). Для постановки холодного компресса необходимо смочить кусок полотенца в свинцовой примочке или холодной воде, хорошо отжать ткань и приложить к больному месту. При согревании полотна снова смочить его в свинцовой примочке или воде и приложить к больному месту. Менять примочку через каждые 2—3 мин.

ГОРЯЧИЕ КОМПРЕССЫ

Горячие компрессы применяют для рассасывания местных воспалительных очагов. Приготовить плотную ткань, клеенку, шерстяную ткань или грелку. Смочить ткань в горячей воде, хорошо отжать ее и приложить к телу. Поверх клеенки положить грелку или теплую шерстяную ткань. Менять компресс каждые 10-15 мин.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРЕЛКИ

Грелка применяется для рассасывания воспалительных процессов, согревания тела и как болеутоляющее средство. Под влиянием грелки расширяются сосуды кожи и более глубоко расположенных тканей, что оказывает лечебное воздействие на течение воспалительных процессов, уменьшает вызванные спазмами боли.



Диетическими мероприятиями

или совсем устраняются из питания определенные пищевые вещества, или таким образом технологически подготавливаются, что этим восполняются нарушенные функции. Диета по номерам столов учитывает все аспекты лечения: что есть можно, а что вредно; какие витамины наиболее важны для ослабленного болезнью организма; насколько калорийной должна быть пища. Всего существует 15 диетических столов, разделенных по заболеваниям. Некоторые из них имеют несколько вариантов

Стол номер 1 - язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Стол номер 2 - хронический гастрит, острые гастриты, энтериты и колиты, хр. энтероколиты

Стол номер 3 - запоры

Стол номер 4 - заболевания кишечника с поносами

Стол номер 5 - заболевания печени и желчных путей

Стол номер 6 - подагра, мочекаменная болезнь с образованием камней из солей мочевой кислоты

Стол номер 7 - острый и хронический нефрит (пиелонефрит, гломерулонефрит)

Стол номер 8 - ожирение

Стол номер 9 - сахарный диабет

Стол номер 10 - заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения

Стол номер 11 - туберкулез

Стол номер 12 - функциональные заболевания нервной системы

Стол номер 13 - острые инфекционные заболевания

Стол номер 14 - почечнокаменная болезнь с отхождением камней, состоящих преимущественно из оксалатов

Стол номер 15 - различные заболевания, не требующие специальных диет

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕДИКУЛЕЗА

Цель: уничтожение вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа). **Оснащение:** Укладка защитной одежды и белья в биксе — медицинский халат, косынка, маска, клеенчатый фартук, перчатки. Полиэтиленовые косынки — 2 шт., клеенчатая пелерина, полотенца — 2 шт., ватные тампоны, стержень, шампунь, 6% р-р уксуса, подогретый до 30 °С; клеенчатый мешок, ножницы, частый гребень.

Таз для сжигания волос, спички.

Один из дезинсектицидных (педикулоцидных) р-ров: 20% р-р эмульсии бензилбензоата или ниттифор;

0,5% р-р метилацетофоса в равных количествах с 6% уксусной кислотой;

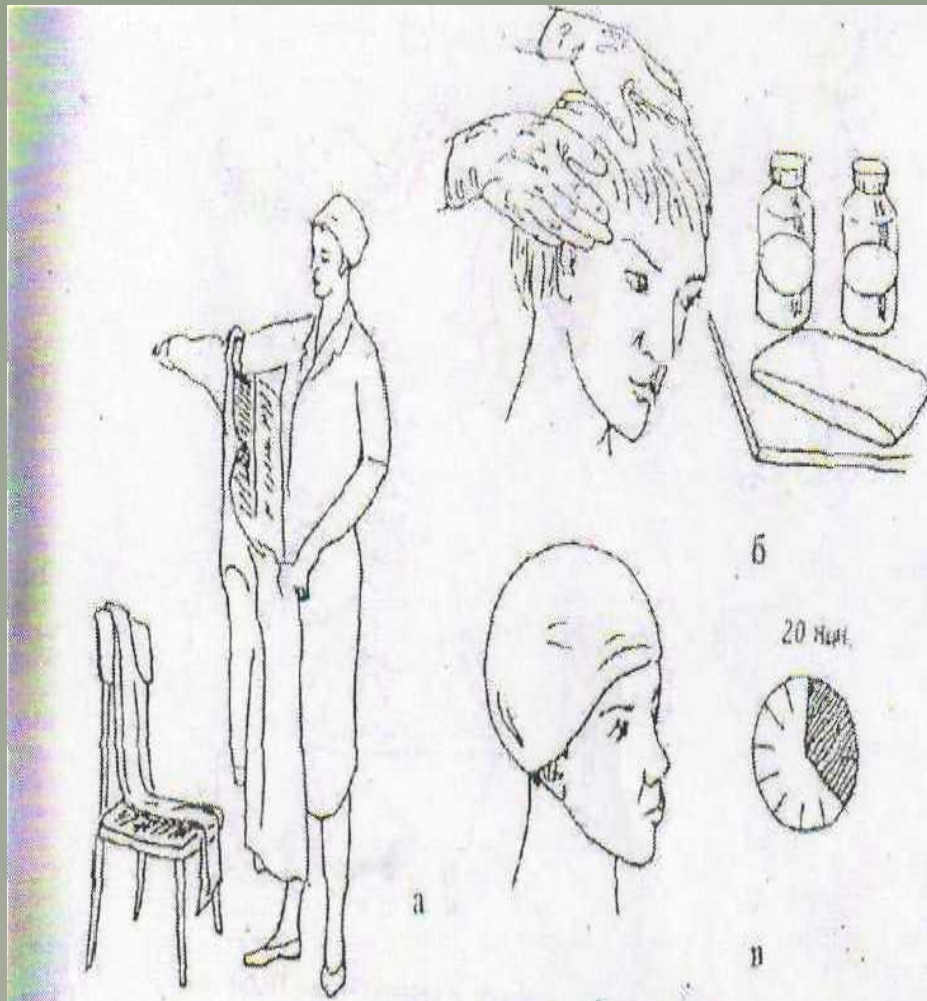
0,25% р-р дикрезила.

Чистое нательное белье.

Историю болезни пациента или амбулаторную карту и журнал осмотра на педикулез.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании.

Обязательные условия: соблюдать противопоказания. К ним относится обработка беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет, пациентов при заболеваниях кожи головы.



Клизмы и газоотводная трубка

1. Противопоказания к постановке очистительной клизмы:

- а) подготовка к родам
- б) метеоризм
- в) запор
- г) + желудочно-кишечное кровотечение

2. При спастическом запоре применяют очистительную клизму с температурой воды (град. С):

- а) 22
- б) 12
- в) + 40
- г) 30

3. Показание для постановки сифонной клизмы:

- а) рак прямой кишки
- б) + подозрение на кишечную непроходимость
- в) запор с массивными отеками
- г) кишечное кровотечение

4. Для постановки очистительной клизмы необходимо воды (л):

- а) 10-12
- б) 2,5-3
- в) + 1,5-2
- г) 6-8

5. Для постановки сифонной клизмы необходимо воды (л):

- а) 1,5-2
- б) 3-5
- в) 5-6
- г) + 10-12

6. Для постановки гипертонической клизмы используют 10% раствор хлорида натрия (мл):

- а) + 100
- б) 300
- в) 500
- г) 400

7. Для масляной клизмы необходимо приготовить растительного масла (мл):

- а) 10
- б) + 100
- в) 500
- г) 1

8. При постановке очистительной клизмы больного укладывают на:

- а) правый бок
- б) + левый бок
- в) живот

г) любой бок
13. Газоотводную трубку не оставляют в кишечнике надолго, потому что:

- а) + могут образоваться участки некроза в стенке кишечника
- б) это утомит больного
- в) снижается лечебный эффект
- г) утрачивается её стерильность

9. При очистительной клизме наконечник вводят на глубину (см):

- а) 2-4
- б) + 10-12
- в) 20
- г) 40

10. Опорожнение кишечника после постановки масляной клизмы наступает через:

- а) сразу же
- б) 3-5 мин.
- в) + 8-10 часов
- г) 20-30 мин.

11. Газоотводную трубку следует вводить на глубину (см):

- а) 2-4
- б) 10-12
- в) + 20-30
- г) 50

12. Газоотводную трубку следует оставить в кишечнике не более (час):

- а) 3-5
- б) + 1
- в) 2-3

г) 8-10 13. Газоотводную трубку не оставляют в кишечнике надолго, потому что:

а) + м 13. Газоотводную трубку не оставляют в кишечнике надолго, потому что:

- а) + могут образоваться участки некроза в стенке кишечника
- б) это утомит больного
- в) снижается лечебный эффект
- г) утрачивается её стерильность

огут образоваться участки некроза в стенке кишечника

- б) это утомит больного
- в) снижается лечебный эффект
- г) утрачивается её стерильность

14. Показание к постановке сифонной клизмы:

- а) запоры
- б) отеки, асцит
- в) + отравление
- г) гипертермия

15. Количество воды для сифонной клизмы составляет (л):

- а) + 8-10 комнатной температуры
- б) 1,5-2 комнатной температуры
- в) 20 температуры 40 гр.с
- г) 8-10 температуры 37-38 гр.с

16. Для постановки очистительной клизмы используется:

- а) + кружка Эсмарха
- б) грушевидный баллон и газоотводная трубка
- в) зонд с воронкой
- г) шприц Жанэ

17. Температура раствора, используемого при постановке послабляющей клизмы ($^{\circ}\text{C}$):

- а) 60-70
- б) 40-42
- в) +37-38
- г) 30-32

18. Противопоказанием к постановке очистительной клизмы является:
- а) +кишечное кровотечение
 - б) метеоризм
 - в) подготовка к родам
 - г) отсутствие стула более двух суток (запор)
19. Перед лекарственной клизмой за 20-30 мин. пациенту необходимо поставить:
- а) гипертоническую клизму
 - б) + очистительную клизму
 - в) сифонную клизму
 - г) микроклизму
20. Опорожнение кишечника при постановке масляной клизмы наступает через (в часах):
- а) + 8-10
 - б) 4-6
 - в) 2-4
 - г) 1
21. Вода, применяемая для постановки очистительной клизмы::



Уход с заболеваниями ССС



Уход за больным с гипертонической болезнью

Гипертоническая болезнь - заболевание, при котором основным клиническим симптомом является повышение артериального давления.

Повышенным артериальным давлением, по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, принято считать, независимо от возраста, давление выше 139/89 мм рт. ст.

В своем развитии заболевание проходит 3 стадии. Для всех трех стадий характерны жалобы на головную боль, плохой сон, повышенную раздражительность, снижение памяти, работоспособности.

Опасным осложнением гипертонической болезни является развитие гипертонического криза, для которого характерны: резкая головная боль, головокружение, тошнота, рвота, расстройство зрения. Гипертонический криз - тяжелое состояние, опасное своими последствиями и требующее немедленной врачебной помощи.

Лечение и уход за больными с артериальной гипертензией может затрудняться из-за некоторых заблуждений больных, страдающих этим заболеванием. Больные думают что:

Гипертоническую болезнь можно излечить.

Как только артериальное давление нормализовалось, лечение можно прекратить.

Если нет симптомов, то нет и болезни.

Любое изменение самочувствия вызвано изменением артериального давления, поэтому нужно либо принять лишнюю таблетку, либо, наоборот, пропустить прием

Артериальное давление можно определять по самочувствию.

Правила ухода за больными с гипертонической болезнью

Оптимальные условия труда и отдыха

Предупреждение стрессовых ситуаций.

Создание условий физического и душевного покоя.

Создание условий для полноценного сна.

Запрещение работы в ночное время

Запрещение работы, связанной с сильным эмоциональным напряжением, напряжением внимания.

Для снижения артериального давления полезны умеренные регулярные физические упражнения. Показаны кратковременные изотонические нагрузки, например, ходьба. Изометрические нагрузки не показаны, так как во время их выполнения повышается артериальное давление.

Организация правильного питания

Избавление от лишнего веса.

Ограничение употребления жареной и жирной пищи.

Ограничение калорийности пищи (не должна превышать суточной нормативной потребности).

Ограничение употребления поваренной соли до 6 г/сут.

Молочно-растительная диета, обогащенная солями магния, способствует снижению артериального давления. Полезны продукты с высоким содержанием кальция, низким содержанием жира и кофеина. Необходимо исключить продукты, содержащие корень солодки.

Контроль за общим состоянием больного

Определение самочувствия больного.

Измерение артериального давления с рекомендованной врачом частотой, но не реже одного раза в день;

Измерения количества выпитой и выделенной жидкости.

Контроль за соблюдением требований медикаментозного лечения

Контроль за постоянным, своевременным и в полном объеме принятием назначенных врачом препаратов.

Профилактика ортостатического коллапса на фоне приема препаратов, снижающих артериальное давление: осторожное изменение положения тела больного из лежачего или сидячего.

