

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА**

**Елецкий техникум железнодорожного транспорта –
филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Ростовский государственный университет путей сообщения»**

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

***ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПРИ
ПОДГОТОВКЕ К ЭКЗАМЕНУ КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ПО***

***ПМ. 02 Участие в лечебно- диагностическом и
реабилитационном процессах***

специальность 34.02.01 Сестринское дело

базовая подготовка среднего профессионального образования

2016.

ОДОБРЕНО

цикловой комиссией общепрофессиональных дисциплин и профессиональных модулей медицинского профиля

Председатель: _____ Т.М. Лавлинская

Пр. № « 1 » _____ 1.11 2016г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Методическим советом для внутреннего пользования

Председатель _____ С.В. Иванова

заместитель директора филиала по УМР

Пр. № 1 « 1 » _____ 11 2016г.

Разработчик:

Лавлинская Т.М. - преподаватель высшей категории ЕТЖТ – филиала РГУПС

Рецензенты:

Бегимбетов Е. К. - зам главного врача филиала ФБУЗ « Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области» в г. Ельце

Бокарева З. Н. - преподаватель высшей категории ЕТЖТ– филиала РГУПС

Рецензия
на методическое пособие для самостоятельной работы обучающихся
при подготовке к экзамену квалификационному по
ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном
процессах
для специальности 34.02.01 Сестринское дело
базовая подготовка среднего профессионального образования

Составила преподаватель высшей категории
Лавлинская Тамара Михайловна

Подготовка к экзаменационной сессии и сдача экзаменов является ответственным периодом в работе обучающего. Серьезно подготовиться к сессии и успешно сдать экзамены – долг каждого обучающегося.

Цель создания методического пособия – помочь обучающемуся подготовиться и успешно сдать экзамен квалификационный по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Для реализации поставленных целей в содержание пособия включены:

- общие положения об экзамене;
- рекомендации по подготовке и сдаче экзамена квалификационного;
- процедура проведения экзамена;
- критерии оценивания;
- сборник ситуационных задач для аттестации обучающегося по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах с эталонами ответов;
- образец экзаменационного билета.

Содержание пособия написано четко, доступным языком. Ситуационные задачи в сборнике составлены в соответствии с содержанием рабочей программы ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах. Задания к задачам позволяют дать комплексную оценку сформированности профессиональных и общих компетенций.

Таким образом, данное методическое пособие соответствует названию, полностью раскрывает поставленные цели и может быть использована для подготовки обучающего к экзамену квалификационному по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Рецензент **Бегимбетов Е. К.** - зам главного врача филиала ФБУЗ « Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области» в г. Ельце

Подпись _____



Рецензия
на методическое пособие для самостоятельной работы обучающихся
при подготовке к экзамену квалификационному по
ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном
процессах
для специальности 34.02.01 Сестринское дело
базовая подготовка среднего профессионального образования

Составила преподаватель высшей категории
Лавлинская Тамара Михайловна

Цель создания данного методического пособия помочь обучающемуся подготовиться и успешно сдать экзамен квалификационный по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Для этого в пособии даны общие положения об экзамене, соответственно рекомендациям по подготовке и сдаче экзамена квалификационного, описана процедура проведения экзамена, критерии оценивания, сборник ситуационных задач для аттестации обучающегося по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах с эталонами ответов, прилагается образец экзаменационного билета.

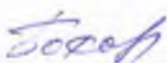
Данное методическое пособие по своему содержанию раскрывает поставленную цель и поможет обучающемуся получить полное представление об экзамене квалификационном по ПМ. 02 участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

Внимательно изучив у методическое пособие, студент сможет правильно подготовиться и успешно сдать экзамен по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Грамотно составленные задачи представляют возможность преподавателям проверить не только теоритические знания, но и правильность выполнения практических навыков которые позволяют дать комплексную оценку сформированности профессиональных и общих компетенций.

Таким образом данное методическое пособие соответствует названию, полностью раскрывает поставленные цели и может быть использована для подготовки обучающего к экзамену квалификационному по ПМ. 02 участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Бокарева З. Н. - преподаватель высшей категории ЕТЖТ– филиала РГУПС



Подпись

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		5
1	Методические рекомендации для обучающихся по самостоятельной подготовке и сдаче экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах	5
1.1	Общие положения по проведению экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах	5
1.2	Подготовка к экзамену	7
1.3	Организация самостоятельной работы обучающегося при подготовке экзамену квалификационному по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах	7
1.4	Процедура проведения экзамена	9
1.5	Рекомендации обучающемуся во время сдачи экзамена	9
1.6	Критерии оценивания	
2.	Сборник ситуационных задач для аттестации обучающихся по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах	
3.	Заключение	
4.	Список использованной литературы	
5.	Приложение А	

ВВЕДЕНИЕ

Подготовка к экзамену состоит из двух взаимосвязанных этапов.

Первый – систематический труд на протяжении семестра, учебного года: лекции, изучение рекомендованной литературы, отработка навыков на практических занятиях, прохождение учебной и производственной практик.

Второй – подготовка непосредственно перед экзаменом, в течении которой за сравнительно короткий отрезок времени необходимо охватить все изученное.

Цель экзамена: проверка знаний студента, овладение наукой, продолжение учебного процесса.

Дополнительной целью экзамена является формирование у обучающихся таких качеств, как самостоятельность, трудолюбие, организованность, ответственность, принципиальность.

Основной задачей подготовки обучающихся к экзамену является систематизация знаний учебного материала, его творческое осмысливание.

Целью данного методического пособия является помощь обучающемуся в самостоятельной подготовке и сдаче экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

В пособии даны общие положения об экзамене, рекомендации по подготовке сдаче экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

1. Методические рекомендации для обучающихся по самостоятельной подготовке и сдаче экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

1.1 Общие положения по проведению экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах

Экзамен квалификационный предназначен для контроля и оценки результатов освоения профессионального модуля ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах. Специальности 34.02.01 Сестринское дело базовая подготовка среднего профессионального образования. Результатом освоения программы профессионального модуля является овладение студентом видов профессиональной деятельности (ВПД), профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями.

Код	Наименование результата обучения
ПК 2.1.	Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств
ПК 2.2.	Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса
ПК 2.3.	Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами
ПК 2.4.	Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования
ПК 2.5.	Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса
ПК 2.6.	Вести утвержденную медицинскую документацию
ПК 2.7.	Осуществлять реабилитационные мероприятия
ПК 2.8.	Оказывать паллиативную помощь
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности
ОК 6.	Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями
ОК 7.	Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий
ОК 8.	Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать и осуществлять повышение квалификации
ОК 9.	Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности
ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку

ОК 12.	Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

Профессиональный модуль состоит из трех взаимосвязанных частей – междисциплинарный курс (МДК), учебная и производственная практика. Успешное освоение обучающимся всех элементов программы профессионального модуля - МДК, учебной и производственной практик, а также положительная характеристика, работодателя является условием допуска.

Программа экзамена квалификационного разработана в соответствии с ФГОС по специальности 34.02.01Сестринское дело базовая подготовка среднего профессионального образования.

1.2 Подготовка к экзамену.

Подготовка к экзаменационной сессии и сдача экзаменов является очень ответственным периодом в работе обучающихся. Серьезно подготовиться к сессии и успешно сдать все экзамены долг каждого обучающегося.

Подготовка к экзамену включает:

1. Получение методического материала для подготовки к экзамену:
 - «Сборник ситуационных задач для аттестации обучающихся по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах» с эталонами ответов
 - Методические рекомендации для обучающихся по самостоятельной подготовке и сдаче экзамена квалификационного по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.
2. Посещение консультаций.
3. Самостоятельную работу обучающихся по подготовке к экзамену

1.3 Организация самостоятельной работы обучающегося при подготовке экзамену квалификационному по ПМ.02. Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах.

Для качественной подготовки к экзамену (квалификационному) необходимо сформулировать для себя цель и задачи предстоящего экзамена (проверить себя; получить высокую оценку своего труда; закончить очередной этап обучения и т.д) и наметить пути и способы ее достижения конкретизировать уровень своих притязаний.

Любое испытание – ситуация экстремальная, которая сопровождается напряженным, конфликтным и тревожным состоянием человека. Поэтому

ваше знакомство с информацией в области психологии стресса и психотехническими способами снятия внутреннего напряжения может дать вам инструмент самопомощи при подготовке и сдаче испытаний.

Следует помнить, что психологические методы само регуляции достаточно индивидуальны, поэтому вам при подготовке и во время сдачи экзамена необходимо найти свои собственные способы самовнушения и само регуляции.

Все люди без исключения могут регулировать свое поведение в стрессовой ситуации. Значит, и вы сможете справиться с волнением и напряжением в процессе подготовки к сдаче экзамена, умело используя инструмент самопомощи. Необходимо точно осознать, что очень многое зависит только от вас.

Активность вашего внимания и умственной деятельности можно повысить, например с помощью приятных запахов (лимона, лаванды) или при наличии негромких фоновых звуков (приятная негромкая музыка, шум дождя...) Не следует забывать о манипулировании пальцами жестикуляции, ходьбе. Монотонность и однообразие в работе понижают активность мозговой деятельности⁴³ Монотонность и однообразие в работе понижают активность мозговой деятельности. Поэтому вам при монотонной работе через каждые 15 минут делать короткую паузу (1-2 минуты) или переключаться на другую деятельность. При однообразной работе лучше через 1,5 часа сделать длительный перерыв. Во время перерыва можно помыть посуду, полить цветы, сделать зарядку, принять душ.

Сразу после обеда (1- 1,5 часа) заниматься не рекомендуется. Лучше сделать прогулку, выполнить какую либо работу не связанную с подготовкой к экзамену, отдохнуть. Сон- это лучший вариант. Затем надо опять напряженно заниматься.

Готовиться надо по строго продуманному графику, для чего поделить весь объем экзаменационного материала на количество дней, отведенных на подготовку. Оставьте один день перед экзаменом на то, чтобы вновь повторить все планы ответов, еще раз остановиться на самых трудных вопросах.

Подготовьте место для занятий, уберите со стола все лишние вещи, удобно расположите нужные учебники, пособия, тетради, бумаги, карандаши. Определите кто вы « сова» или « жаворонок» и в зависимости от этого максимально используйте утренние или вечерние часы.

Не засиживайтесь за полночь, сохраняйте в комнате тишину, частоту и порядок.

Изучите перечень профессиональных компетенций, которые вы должны продемонстрировать в ходе экзамена, уточните критерии успешной сдачи экзамена.

Ознакомьтесь с графиком консультаций и обязательно посещайте их, что бы устранить возможные пробелы в знаниях и практической подготовке, иные проблемы. Сформулируйте свои вопросы, желательно для обсуждения на консультации.

Ознакомьтесь со списком рекомендуемой, основной и дополнительной литературы.

При работе со сборником ситуационных задач с эталонами ответов попробуйте сначала самостоятельно ответить, не пользуясь эталонами ответов. Таким образом, вы проверите себя, поймете, что вы знаете, а над чем вам придется поработать.

В дальнейшем старайтесь не машинально запомнить правильные ответы, а с пониманием. Если вы не можете объяснить, почему именно такой ответ является правильным, обратитесь к учебнику, лекционному материалу, справочной литературе и обязательно найдите правильный ответ.

Заучивая материал проговаривайте его вслух. Это будет способствовать развитию речи и лучшему запоминанию материала.

Такая осмысленная подготовка будет способствовать формированию у вас необходимых профессиональных компетенций и успешной сдаче экзамена.

Накануне сдачи экзамена с вечера перестаньте учить, подготовьте халат, колпак, примите душ, совершите прогулку. Выспитесь как можно лучше, чтобы встать отдохнувшим, с ощущением силы и «боевого настроя». Обязательно позавтракайте утром.

1.4 Процедура проведения экзамена

Экзамен квалификационный проводится в VIII семестре перед выходом на производственную практику.

Экзамен квалификационный принимает комиссия:

Председатель (по согласованию)

Катуров В.М. – главный врач НУЗ « Отделенческая больница на ст. ОАО « РЖД»»

Заместитель председателя:

Бокарева З.Н. – зав. Медицинским отделением ЕТЖТ- филиал РГУПС.

Члены комиссии – преподаватели медицинского отделения ЕТЖТ- филиал РГУПС.

Экзамен проводится в форме выполнения комплексного практического задания. Будет включать в себя инструкцию, три задачи с заданиями. На подготовку выделяется 20 минут В процессе подготовки к ответу обучающийся может пользоваться нормативно- правовой документацией.

В ответе на экзаменационный билет обучающийся должен четко изложить содержание каждого задания. Рекомендуемое время ответа на билет 10 мин. По окончании ответа на билет члены комиссии могут задать дополнительные вопросы, на которые должны быть даны исчерпывающие ответы.

Каждая ПК экзаменационного билета оценивается членами комиссии отдельно и фиксируется в протоколе.

Итоговая оценка выставляется после завершения экзамена.

1.4 Рекомендации обучающемуся во время сдачи экзамена.

Экзамен – это своеобразная борьба, в которой нужно проявить себя, показать свои возможности и способности.

На экзамен вы должны явиться, не опаздывая, лучше за 15-20 минут до начала. При себе иметь несколько ручек.

На вас должны быть чистый отглаженный халат (брючный костюм) и колпак. Юноши должны быть в брюках и туфлях. На девушках должны быть туфли или босоножки. Недопустимо являться на экзамен в кроссовках, джинсах, шортах, коротких юбках, майках, сланцах, девушкам с яркой косметикой, кольцами, перстнями, крупными серьгами.

Войдя в кабинет для сдачи экзамена, обязательно поздоровайтесь с членами комиссии и назовите свою фамилию.

Взяв билет, громко произнесите вслух номер билета.

Сосредоточьтесь читая инструкцию и содержание заданий.

Приступите к выполнению заданий, при этом помните, что нужно уложиться в лимит времени.

Начните готовить те вопросы, в знании которых вы уверены, не останавливаясь на тех, которые могут вызвать долгие раздумья. Тогда вы успокоитесь, голова начнет работать более ясно и четко, и вы войдете в рабочий ритм. Вы освободитесь от нервозности, и вся ваша энергия потом будет направлена на более трудные вопросы.

Отвечая на вопросы билета, не следует спешить. Надо излагать материал спокойно, не торопясь, владеть собой, следить за построением фраз. Следует избегать подходов издали, общих рассуждений. Рекомендуется строить ответы четко, последовательно, конкретно, по возможности исчерпывающе.

Получив разрешение закончить ответ по билету, поблагодарите членов комиссии, не забудьте сказать « До свидания», уберите рабочее место.

1.5 Критерии оценивания

В результате контроля и оценки по профессиональному модулю осуществляется комплексная проверка следующих профессиональных и общих компетенций.

Таблица 1.

Профессиональные компетенции	Показатели оценки результатов
ПК 2.1 Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств	Устанавливает контакт с пациентом и членом семьи. Проводит оценку исходного уровня знаний пациента о вмешательстве. Представляет информацию в

	<p>доступной форме для конкретной возрастной или социальной категории.</p> <p>Получает согласие на вмешательство.</p> <p>Контролирует усвоение полученной информации.</p>
<p>ПК2.2 Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса</p>	<p>Выбирает дистанцию максимального комфорта для взаимодействия с пациентом и окружением.</p> <p>Совместно со всеми участниками лечебно - диагностического процесса готовит пациента и участвует в проведении вмешательства с протоколами, принятыми в ЛПУ.</p> <p>Целесообразно и адекватно оснащает рабочее место.</p> <p>Обеспечивает постоянную обратную связь с пациентом в процессе вмешательства.</p> <p>Обеспечивает безопасность пациента и медперсонала.</p>
<p>ПК 2.3 Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами</p>	<p>Взаимодействует с медицинскими, социальными и правоохранительными организациями в соответствии с нормативно – правовой документацией.</p>
<p>ПК 2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования</p>	<p>Обеспечивает применение годного препарата в соответствии с назначением.</p> <p>Информирует об особенностях приема медикаментозных средств и их воздействии на организм. Владеет методиками введения медикаментозных средств.</p>
<p>ПК 2.5 Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса</p>	<p>Использует, обрабатывает и хранит аппаратуру согласно инструкциям по применению.</p> <p>Обучает пациента и родственников применению изделий медицинского назначения и уходу за ними. Обучает пациента и родственников регистрации полученных результатов.</p>

ПК 2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию	Точно, грамотно, полно, достоверно, конфиденциально ведет утвержденную медицинскую документацию. Правильно регистрирует и хранит документы.
ПК 2.7 Осуществлять реабилитационные мероприятия	Организуем мероприятия по улучшению качества жизни, вовлекая в процесс пациента. Осуществляет реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях первичной медико-санитарной помощи и стационара. Проводит комплексы упражнений лечебной, основные приемы массажа
ПК 2.8 Оказывать паллиативную помощь	Организует мероприятия по поддержанию качества жизни, вовлекая в процесс пациента, родных

Общие компетенции	Показатели оценки результатов
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес	Демонстрация интереса к будущей профессии; активное участие в конкурсах, конференциях, олимпиадах по специальности.
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество	Выбор и применение методов и способов решения профессиональных задач при проведении профилактических мероприятий; оценка эффективности и качества выполнения.
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	Решение стандартных и нестандартных профессиональных задач при проведении профилактических мероприятий.
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Эффективный поиск необходимой информации; использование различных источников включая электронные.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности	Демонстрация умений использования информационно-коммуникативных технологий в профессиональной деятельности.
ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями	Демонстрация навыков работы в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами и их окружения.
ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий	Демонстрация умений.
ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать и осуществлять повышение квалификации	Проявление интереса к инновациям в области профессиональной деятельности.
ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности	Демонстрация умения применять технологии выполнения лечебно-диагностических, паллиативных и реабилитационных сестринских мероприятий.
ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия	Демонстрация бережного отношения к историческому наследию и культурным традициям народа, уважения социальных и религиозных различий при осуществлении профилактических сестринских мероприятий.
ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку	Демонстрация готовности брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку при лечебно-диагностических, паллиативных и реабилитационных сестринских мероприятиях.
ОК 12. Организовывать рабочее	Демонстрация готовности

<p>место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности</p>	<p>организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии инфекционной и противопожарной безопасности при осуществлении лечебно-диагностических, паллиативных и реабилитационных сестринских мероприятий.</p>
<p>ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей</p>	<p>Демонстрация ведения здорового образа жизни, участие в спортивных и физкультурных мероприятиях.</p>

Члены экзаменационной комиссии наблюдают за процессом выполнения задания и определяют уровень сформированных общих и профессиональных компетенций обучающегося.

Работа студентов оценивается:

1. В ходе выполнения задания
2. Как подготовленный продукт / осуществленный процесс

По окончании выполнения задания экзаменующийся сдает подготовленный продукт экзаменационной комиссии на проверку и убирает рабочее место.

Экзаменационная комиссия проверяет подготовленный продукт согласно показателям оценки результата и выставляет по каждому показателю оценку « да/ нет»

Члены экзаменационной комиссии заполняет протокол по профессиональному модулю и дают заключение, сформированы или нет у обучающегося профессиональные компетенции в комплексе с общими. Экзаменационная комиссия принимает решение о том, что « вид профессиональной деятельности освоен»; заполняет протокол и подписывается председателями и членами комиссии.

При отрицательном заключении хотя бы по одному показателю оценки результата освоения профессиональных и общих компетенций принимается решение « вид профессиональной деятельности не освоен». При наличии противоречивых оценок по одному и тому же показателю при выполнении разных видов работ, решение принимается в пользу обучающегося.

Результат экзамена квалификационного доводится до сведения обучающегося сразу после принятия решения экзаменационной комиссией.

2.Сборник ситуационных задач для аттестации студентов по ПМ.02 Участие в лечебно- диагностическом и реабилитационном процессах по специальности 34.02.01 Сестринское дело

Задача №1

М/с на патронаже у ребенка 5 лет, больного корью, Ребенок болен 6-й день, второй день высыпания. Температура 37,8*С, пульс 120 мин, ЧДД 28 в мин. На кожных покровах лица, верхней половине туловища Пятнисто- папулезная сыпь, расположенная на не гиперемизированном фоне. Сыпь местами сливается, У ребенка гнойный конъюнктивит, светобоязнь, серозное отделяемое из носа. Ребенок жалуется, что ему больно смотреть на свет. Мать не умеет промывать глаза, закапывать капли, Физиологические отправления в норме.

Задание:

- 1, Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода (ПК 1.1 ПК 2.1 ОК 1 ОК4 ОК12 ОК14)
2. Обучите мать правилам ухода за кожей и слизистыми (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте методику постановки прививки против кори (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского уход

Проблемы пациента: светобоязнь; мать не умеет промывать глаза ребёнку, закапывать капли; риск развития блефарита; трудно дышать из-за серозного отделяемого из носа; риск развития пневмонии.

Приоритетная проблема: мать не умеет промывать глаза, закапывать капли в глаза ребёнку правильно

План

1. М/с объяснит матери необходимость изоляции ребёнка в отдельной затемненной комнате на 5-10 дней.
2. М/с обучит мать ежедневному промыванию глаз раствором фурацилина, чаем, отваром ромашки, закапыванию капель по назначению врача.
3. М/с проведет беседу с матерью о мерах профилактики возможных осложнений.

2. Обучите мать правилам ухода за кожей и слизистыми

Лицо и глаза ребенка промывают стерильной ватой, смоченной в кипяченой воде или растворе перманганата калия. Каждый глаз промывают отдельным тампоном от наружного угла к внутреннему. Полость рта не протирают, так как слизистая оболочка сухая и легко травмируется. Не следует также очищать наружный слуховой проход. Для очистки носа применяют тонкие стерильные ватные жгутики, смоченные в 2 % растворе борной кислоты или растворе перманганата калия в указанной выше концентрации.

3. Продемонстрируйте методику постановки прививки против кори

Цель: профилактика кори, паротитной инфекции, краснухи

Показание: здоровый ребенок соответствующего возраста согласно календарю профилактических прививок;

Последовательность выполнения:

1. Информировать больного (близких родственников) о необходимости выполнения и сущности процедуры.
2. Получить согласие больного (близких родственников) на выполнение процедуры. Вымыть и просушить руки. Обработать руки антисептическим средством. Надеть перчатки.
3. Проверить наличие письменного разрешения на прививку и соответствие ее допустимым срокам.
4. Достать из холодильника (сумки-холодильника) соответствующий прививочный

- препарат (при необходимости и растворитель), проверить наличие этикетки, срок годности, целостность ампулы (флакона), внешний вид препарата (и растворителя).
5. Вымыть и просушить руки, обработать антисептическим средством. При работе с живыми вакцинами надеть маску.
 6. Вскрыть разовую упаковку, поставить флакон с сухой вакциной в ячейку холодого элемента, накрыть светозащитным конусом.
 7. Извлечь пинцетом поршневой стержень и ввинтить его в резиновый цилиндр поршня, герметично закрывающий шприц с растворителем.
 8. Снять колпачок с иглы и, удалив защитную пластинку с резиновой пробки флакона, ввести в него растворитель.
 9. Встряхнуть флакон, не извлекая иглы, до полного растворения вакцины. Набрать в шприц вакцину, вытеснить воздух, не снимая флакон с иглы.
 10. Флакон с вакциной в шприце поставить в ячейку холодого элемента, накрыть светозащитным конусом. Обработать руки антисептиком.
 11. Обработать двумя шариками со спиртом или другим антисептиком кожу ребенка и ввести 0,5 мл вакцины внутримышечно или подкожно.
 12. Обработать кожу в области инъекции спиртом.
 13. Если в ампуле (флаконе) осталась одна или несколько доз вакцины, ее следует возвратить в ячейку холодого элемента, прикрыть стерильным марлевым колпачком и светозащитным конусом.
 14. Сменить на шприце с вакциной иглу. Перед сменой иглы движением поршня втянуть вакцину из иглы в шприц.
 15. Прижать к канюле иглы сухой ватный шарик и, не снимая колпачок, вытеснить воздух из шприца, оставив в нем 0,5 мл вакцины.
 16. Сбросить использованный ватный шарик в емкость с дезинфицирующим раствором.
 17. Обработать руки *спиртом* или другим антисептиком.
 18. Обработать двумя шариками со спиртом кожу ребенка в подлопаточной области или на границе нижней и средней трети наружной поверхности плеча. Захватить рукой складку кожи и ввести в ее основание 0,5 мл вакцины
 19. Промыть использованный шприц и иглу в первой емкости с дезинфицирующим раствором и, сняв пинцетом иглу, погрузить в разобранном виде в соответствующие емкости с таким же раствором
 20. Сбросить ампулу (флакон) с остатками вакцины, недостаточными для проведения прививки очередному ребенку, или с истекшим сроком хранения в емкость с дезинфицирующим раствором.
 21. Обработать антисептическим раствором руки в перчатках, снять и дезинфицировать перчатки. Вымыть и просушить руки, обработать кремом при необходимости.

4. Рекомендовать метод реабилитации.

В период выздоровления больным корью рекомендуется диета, которая соответствует возрасту ребенка. Очень важно в период реконвалесценции после кори, особенно в первые семь лет жизни ребенка, обеспечить ему здоровую диету, когда отмечается наиболее активный рост и развитие его тела и всего организма. В этот период довольно сложно заставить ребенка есть здоровую пищу. В этом возрасте отмечается высокая потребность в энергетически ценной пище, а в результате повышенного обмена веществ происходит очень быстрое сгорание калорий, поэтому ребенок, между приемами обычной пищи, может съесть фрукты, свежие или сушеные, без ограничения, сколько он захочет. Но овощи дети, как правило, едят слишком редко, поэтому их необходимо поощрять в этом и предлагать им различные овощные блюда, а в зимнее время года овощи достаточно незаметно от ребенка добавлять в первые и вторые блюда. В случае присоединения, вследствие пониженного из-за перенесенной кори иммунитета, нужно как можно больше давать ребенку пить, особенно свежих фруктовых соков. Нужно позаботиться о том, чтобы в рационе детей было много свежих фруктов. Такая диета стимулирует выработку

большого количества лейкоцитов крови, что усиливает сопротивляемость организма ребенка присоединению различной инфекции.

Режим постепенно расширяют, необходимы прогулки на свежем воздухе. Назначается общеукрепляющая терапия с использованием витаминов с микроэлементами, растительные адаптогенные препараты. Иногда, при соответствующих показаниях, назначают десенсибилизирующие препараты.

Можно применять рецепты различных общеукрепляющих сборов, которые применяются при реабилитации после краснухи.

Задача №2

В стоматологическое отделение поступил пациент с диагнозом: закрытый перелом нижней челюсти справа. М/с при расспросе выявила, что пациента беспокоит боль, самостоятельно не может жевать. При осмотре обнаружены гематома и отек в области угла нижней челюсти, нарушение прикуса. После R-контроля врач провел шинирование нижней челюсти. Зайдя в палату м/с обнаружила, что пациент расстроен, не представляет, как он будет питаться, чистить зубы.

Задание:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода (ПК 1.1 ПК 2.1 ОК 1 ОК4 ОК12 ОК14)
2. Обучите пациента правилам ухода за полостью рта, рекомендуйте необходимые антисептики. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
- 3 Наложите повязку «уздечка». (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Настоящие проблемы пациента: умеренная боль в месте повреждения; невозможность самостоятельно жевать пищу; трудности общения; дефицит знаний по уходу за полостью рта.

Потенциальные проблемы: риск развития стоматита; риск замедленной консолидации; снижение массы тела.

Приоритетные проблемы: невозможность самостоятельно жевать, дефицит знаний по уходу за полостью рта.

Планирование

1. М/с закажет на пищеблоке челюстной стол.
2. М/с в первые сутки проведет беседу с пациентом о характере принимаемой пищи и условиях ее приема, проконтролирует прием пищи пациентом с помощью поильника.
3. М/с проведет беседу с родственниками о характере передач.
4. М/с проведет беседу с пациентом о необходимости обработки ротовой полости после приема пищи с помощью кружки Эсмарха.
5. В первые сутки м/с окажет помощь при обработке ротовой полости пациентом.
6. М/с обеспечит пациента растворами для обработки ротовой полости.
7. М/с будет проводить контроль веса пациента за время пребывания в стационаре.

2. Обучите пациента правилам ухода за полостью рта, рекомендуйте необходимые антисептики.

Промывание ротовой полости слабым раствором марганцовки или фурациллина, т.к. они обладают отличными антисептическими свойствами.

За неимением марганцовки или жидкого фурацилина можно использовать обычный ополаскиватель десен, который так-же содержит антисептические компоненты.

Промывать ротовую полость следует и после каждого приёма пищи, и при ощущении несвежести во рту.

Кроме этого необходимо проводить механическую чистку зубов, т.к. между ними может

собираться пища, которая не прошла через зубы — это можно делать обычной зубочисткой. Очистка самих шин — тоже немаловажный фактор.

При смыкании возможно **опухание дёсен** (пародонтит), и в таких случаях вам способен помочь отвар из коры дуба — очень эффективное средство, которое избавит от дискомфорта во рту.

3. Наложите повязку «уздечка».

- начинают повязку двумя-тремя горизонтальными турами бинта вокруг головы через лоб и затылок (1);
- затем бинт ведут по левой височной области над ушной раковиной и продолжают вниз на заднюю, потом правую и переднюю поверхности шеи и переводят в вертикальный ход по левой щеке спереди ушной раковины (2-3);
- выполняют необходимое количество вертикальных ходов, которые закрывают всю височную и теменную области (4-11);
- после этого бинт из-под подбородка направляют на затылочный участок и переводят в горизонтальные круговые ходы через подбородок и затылок, которые закрепляют повязку (6, 12);
- при необходимости, для более надежной фиксации повязки, можно повторить циркулярный тур вокруг головы и опять наложить несколько вертикальных туров бинта;
- заканчивают повязку фиксирующим туром вокруг головы.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В комплексе реабилитации после переломов челюстей на первом плане стоят

- Своевременное и эффективное закрепление отломков,
- Антимикробная и общеукрепляющая терапия,
- Физические методы лечения,
- Лечебная физкультура
- Гигиена полости рта.
- Применение на очаг поражения УВЧ-терапии (до 10 сеансов), общего УФО (до 20 сеансов)
- Первая челюстная (зондовая, трубчатая) диета отличается пищей консистенции сливок. Назначают на весь период лечения, когда наложены шины с зацепными петлями и осуществляется межчелюстное скрепление резиновыми кольцами. У этих больных утрачена функция жевания и неполноценна функция глотания.

Вторая челюстная диета характеризуется пищей консистенции густой сметаны. Показана больным, у которых нарушена функция жевания, но сохранена функция глотания.

Назначают ее на определенном этапе лечения, когда можно снимать межчелюстную фиксацию, или после остеосинтеза отломков.

Общий стол (№ 15) назначают больным после консолидации отломков.

- Немаловажное значение имеет уход за больными. Различают общий и специальный уход. Общий уход предполагает общегигиенические мероприятия, контроль за деятельностью сердечно-сосудистой и дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы.
- Специальный уход – это уход за полостью рта. Если больной в бессознательном состоянии, ему необходимо не реже 2 раз в сутки протирать зубы и слизистую оболочку полости рта раствором фурацилина, этикридина, калия перманганата. Ходячие больные сами осуществляют уход за полостью рта. Так как после шинирования процесс самоочищения рта нарушен, следует тщательно не реже 8—10 раз в сутки проводить ирригацию полости рта.

Задача №3

В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент 69 лет с диагнозом пневмония.

Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого

количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.

Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась Т до 40*С с ознобом, к утру упала до 36*С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.

Задания:

1. Определить проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ОК3. ОК6. ОК14. ПК1.1 ПК 1.3 У1 У4 З3 З4)
2. Перечислите основные симптомы пневмонии. (У6. У2. 31. 38. ОК2. ОК6.)
3. Продемонстрировать технику разведения и в\м введения бензин пенициллина натриевой соли. (З6.З4.У5.У9.ОК2. ПК1.3)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие: лихорадка, кашель со зловонной мокротой, беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные: ухудшение состояния пациента, связанные с развитием осложнений, кровотечение, дыхательная недостаточность.

Приоритетная проблема: кашель с обильной гнойной мокротой.

План

1. Обеспечение пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором.
2. Создание пациенту удобного положения в постели (постуральный дренаж).
3. Обучение пациента правильному поведению при кашле.
4. Обучение пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля.
5. Контроль за выполнением пациентом комплекса дыхательных упражнений.
6. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты.
7. Проведение беседы с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов.
8. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела.

2. Перечислите основные симптомы пневмонии

Насморк и кашель несколько дней;

Повышение температуры до 39*;

Лихорадка, которая не устраняется жаропонижающими препаратами;

Одышка;

Ощущение нехватки воздуха;

Слабость и быстрая утомляемость.

Покраснение щек, особенно выражено на стороне поражения.

3. Продемонстрировать технику разведения и в\м введения бензин пенициллина натриевой соли

Антибиотики разводят из расчёта, чтобы в 1мл раствора содержалось 100000ЕД (Г. 1) или 200000ЕД (1:2), или 0,1 или 0,2г (100 - 500мг соответственно).

1. Надеть маску. Обработать руки (гигиенический уровень), надеть перчатки, обработать перчатки спиртовым шариком.
2. Проверить упаковку со шприцем на целостность и срок годности.
3. Вскрыть упаковку со шприцем со стороны поршня, присоединить иглу для набора лекарственного средства к шприцу.
4. Прочитать название антибиотика на флаконе, срок годности, дозировку.
5. Сопоставить дозу с записью в листе назначений.

6. На ампуле прочитать концентрацию и количество растворителя, срок годности прочитать на коробке.
7. Обработать спиртовым шариком металлическую крышку на флаконе.
8. Нестерильным пинцетом вскрыть центральную часть металлической крышки.
9. Обработать резиновую пробку флакона спиртовым шариком.
10. Вскрыть ампулу с растворителем и набрать нужное количество растворителя в шприц.
11. Проколоть резиновую пробку флакона и ввести иглу на половину длины стерильной иглы.
12. Ввести во флакон растворитель - сначала 1 - 2мл, затем отсоединить шприц от иглы (впустить во флакон воздух), снова подсоединить шприц к игле и ввести ещё 1 - 2мл растворителя, выпустить воздух и так ввести весь раствор.
13. Обращать внимание на то, чтобы срез иглы не был в растворе, иначе из иглы выльется разведённый антибиотик.
14. После разведения иглу оставить во флаконе.
15. Подождать, пока растворится антибиотик, раствор должен быть прозрачным.
16. Разведённый антибиотик храниться в холодильнике и используется в течение 12 часов (перед использованием подогреть!).
17. Перед использованием антибиотика необходимо поставить пробу на чувствительность к данному препарату.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Принципами медицинской реабилитации пульмонологических больных являются: раннее начало, комплексность и рациональность, учет клинических особенностей патологии, индивидуальных, психологических факторов, непрерывность и преемственность лечения (в стационаре, поликлинике, на санаторно-курортном этапе).

На амбулаторно-поликлиническом этапе основной целью реабилитации реконвалесцентов (тех, кто выздоравливает) после пневмонии является предупреждение развития хронической бронхолегочной патологии, обеспечение максимально полного морфологического (структурного) и функционального восстановления органов дыхания. Должны быть исключены простудные факторы, особенно в течение первых двух месяцев, устранены профессиональные вредности (загрязнение воздуха); следует прекратить курить, необходимо проводить рациональную профилактику и лечение возможных ОРВИ. Рекомендуются общеукрепляющие и закаливающие процедуры. Продолжаются или назначаются физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура.

При замедленном восстановлении функции внешнего дыхания и бронхиальной проходимости реконвалесцентам показана дыхательная гимнастика с постепенным наращиванием интенсивности общеукрепляющих упражнений для всех мышечных групп. При коррекции обструкции целесообразны упражнения на удлинение выдоха, звуковая гимнастика, выдох через сжатые губы, а также использование специальных тренажеров, создающих дозируемое сопротивление выдоху. Назначаются массаж грудной клетки, тепловлажные и щелочно-масляные ингаляции. Из физиотерапевтических процедур можно рекомендовать ультразвук на грудную клетку повторными курсами, фонофорез с эуфиллином.

Задача №4

Пациентка прооперирована по поводу механической непроходимости. Во время операции обнаружилась опухоль сигмовидной кишки и наложена стома. На 2 день после операции повязка начала обильно промокать кишечным содержимым. Пациентка расстроена, угнетена, ее беспокоит отношение родственников к ней, Она считает, что она будет обузой семье дочери, с которой проживает. Больше всего ее беспокоит наличие свища, Она сомневается, что сможет сама обеспечить уход за кожей в область свища.

Задание:

1. Определить проблемы пациентки. Составить план сестринской помощи (ПК 1.1 ПК 2.1

ОК 1 ОК4 ОК12 ОК14)

2. Обучить пациента правилам защиты кожи вокруг свища (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)

3. Собрать набор инструментов для операции на органах брюшной полости (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определить проблемы пациентки. Составить план сестринской помощи

Проблемы пациента

Настоящие: каловый свищ нарушение целостности кожных покровов (операционная рана)ограничение двигательной активности дефицит самоухода дефицит знаний по уходу за колостомойощущение ущербности страх перед предстоящей жизнью в семье

Потенциальные: риск изъязвления кожи вокруг свища, риск метастазирования.

Приоритетная проблема: кишечный свищ, дефицит знаний по уходу за свищем.

План сестринской помощи.

1. М/с по мере загрязнения повязки будет проводить ее смену с обработкой кожи вокруг свища.

2. М/с обучит пациентку и ее дочь уходу за кожей вокруг свища:

- 1-2-3 раза в день будет проводить перевязки в присутствии родственников, объясняя им необходимость частых перевязок, способы удаления каловых масс с кожи, знакомя с препаратами для защиты кожи, демонстрируя изготовление импровизированного калоприемника из перевязочного материала;

- в течение 4-5 дней проконтролирует правильность действий пациентки и ее дочери, внесет коррективы;

- в течение 7-8-9 дней обучит пациентку и ее дочь пользоваться калоприемником, проконтролирует их действия.

3. М/с проведет беседу с пациенткой о характере питания и приеме жидкости.

4. М/с проведет беседу с родственниками о необходимости моральной поддержки пациентки.

5. Перед выпиской пациентки м/с проконтролирует правильность выполнения манипуляций.

2. Обучить пациента правилам защиты кожи вокруг свища

Цель. Предупреждение воспаления кожи вокруг колостомы.

Показания. Очищение после каждого выделения очередной порции кала.

Оснащение. Стерильные марлевые салфетки и ватные шарики; стерильные пинцет, шпатель; ножницы; стерильное вазелиновое масло; цинковая мазь или паста Лассара; 3 % раствор перекиси водорода; 96% спирт; почкообразные тазики для стерильных и использованных шариков.

Техника выполнения ухода за колостомой

Манипуляция проводится в резиновых перчатках.

1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.

2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.

3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом.

4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту.

5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой.

6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.

3. Собрать набор инструментов для операции на органах брюшной полости

1. Общий набор инструментов

2. зеркала для брюшной стенки
3. печеночные зеркала
4. зажимы кишечные эластичные — изогнутые, прямые и жесткие
5. зажимы желудочные эластичные — прямые и изогнутые, жом кишечный раздавливающий
6. щипцы кишечные окончатые, зажим для желчного пузыря
7. ложки для удаления желчных камней
8. троакары.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В первые две недели после операции на кишечнике следует отказаться даже от легкой домашней работы. Днем больному рекомендуется полежать, можно сделать небольшой массаж живота в виде поглаживания по часовой стрелке в течение 2 минут.

Кишечник после операции не следует нагружать подъемом тяжестей, максимальный груз от 2 до 5 кг, в зависимости от сложности операции. Повышенная нагрузка после операции может привести к развитию послеоперационной грыжи, появиться боль. Для равномерной нагрузки следует почаще менять положение тела.

После операции на кишечнике в течение 2-3 недель не рекомендуется принимать ванны, а пользоваться только теплым душем с мылом, стараясь не травмировать послеоперационный шов, чтобы не вызвать его воспаление и нагноение.

Питание после операции на кишечнике

Главное - ежедневное опорожнение кишечника, лучше утром, чтобы весь день проходил спокойно.

Чтобы ваш кишечник после операции работал регулярно, следует 2-4 месяца соблюдать молочно-растительную диету.

Диета после операции на кишечнике

Диета после операции на кишечнике должна включать следующие продукты: каша рисовая и манная, овощное рагу, кисломолочные продукты, сливочное масло, фрукты, ягоды, белый хлеб. Питание после операции на кишечнике следует разнообразить мясом и рыбой нежирных сортов в отварном виде, можно употреблять яйца.

Диета после кишечной операции исключает употребление копченых, консервированных продуктов, также стоит отказаться от горчицы, чеснока, лука, уксуса, алкоголя, в том числе пиво, чтобы не раздражать кишечник. После операции на кишечнике в первые месяцы не рекомендуется употребление цельного молока, которое вызывает расстройство кишечника.

Задача №5

Пациент Н. 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматизм, активная фаза. Ревматический полиартрит.

Жалобы на повышение температуры до 37,8°C, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД=110/70 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Назовите основные симптомы ревматического полиартрита (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК

1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие: боли в суставах; лихорадка; неприятные ощущения в области сердца; снижение аппетита; слабость; плохой сон;

Потенциальные: формирование порока сердца; риск развития ревмокардита; сердечная недостаточность.

Приоритетной проблемой пациента являются боли в суставах.

План

1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту
2. Укрыть теплым одеялом, обеспечить его теплом
3. Обеспечить пациенту обильное, витаминизированное питье (2–2,5 л)
4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача
5. Следить за диурезом пациента
6. Следить за деятельностью кишечника
7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента
8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с диетой № 10

2. Назовите основные симптомы ревматического полиартрита

Заболевание начинается обычно резко, несколько суставов воспаляются практически одновременно. Одним из вариантов течения болезни является попеременное воспаление то одного, то другого. Например, в колене воспаление стихает, в голеностопе начинается. Обычно процесс захватывает именно крупные суставы: коленные, голеностопные, плечевые, локтевые. Такая локализация поражения и характерный переход воспаления с одного сустава на другой обычно указывает, что это ревматический полиартрит. Высокая температура не держится постоянно. Периодически она резко падает и больной сильно потеет, затем градус повышается вновь. Сильная потливость — еще один характерный симптом ревматизма.

Для ревматического полиартрита характерны следующие признаки:

1. сильные боли, которые достаточно быстро нарастают;
2. движение ограничены;
3. вокруг суставов определяется отек;
4. кожа над больным местом напряженная, горячая на ощупь;
5. прикосновение очень болезненное;
6. достаточно быстро нарушается общее состояние;
7. повышение температуры тела до фебрильных цифр: 38,5 — 39,5.

3. Продемонстрируйте на фантоме технику измерения АД.

Алгоритм измерения артериального давления

Оснащение: тонометр, фонендоскоп

Последовательность действий:

1. Пациента усадить или уложить.
2. Руку больного свободно положить в разогнутом состоянии ладонью вверх.
3. Аппарат поставить на одном уровне с рукой больного.
4. На обнаженное плечо на 2–3 см выше локтевого сгиба плотно наложить манжету (между манжетой и кожей больного должен проходить палец, трубки манжеты должны быть обращены вниз по боковой поверхности предплечья).
5. Соединить трубки манжеты с манометром аппарата.
6. Пальпаторно найти на локтевом сгибе пульсацию локтевой артерии, приложить к этому

месту фонендоскоп плотно, но без давления.

7. Закрыть вентиль баллончика, постепенно накачать им воздух 20 мм рт.ст выше предполагаемого уровня артериального давления пациента.

8. открыть вентиль и медленно выпускать воздух, наблюдая за шкалой манометра: -первый выслушиваемый тон указывает по шкале манометра уровень систолического давления, последний- диастолический 9 разъединить трубку

-разница между систолическим и диасталическим давлением- пульсавое давление.

9. разъединить трубки, снять манжет

10. отметить результаты в температурном листе.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитации после перенесенного острого процесса принадлежит физическим упражнениям. Занятия физической подготовкой в полном объеме могут быть разрешены не ранее чем через год после перенесенной атаки ревматизма или при отсутствии прогрессирования заболевания и поражения сердца. Программа физической реабилитации включает в себя физические упражнения, обладающие щадяще-тренирующим воздействием на сердечно-сосудистую систему. В занятия лечебной физкультурой включают упражнения для всех мышечных групп и суставов, упражнения на внимание и координацию. Физические нагрузки в процессе занятий возрастают постепенно — путем смены исходных положений, увеличения амплитуды упражнений, степени мышечного напряжения, общей массы вовлекаемых в работу групп мышц, увеличения продолжительности занятий.

Задача №6

В хирургическом отделении находится пациент с диагнозом: заболевание желудка. Пациента беспокоит боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Отмечает снижение аппетита, отвращение к мясной пище, чувство переполнения в желудке после приема пищи. Иногда сам для облегчения вызывает рвоту. При обследовании выявлено, что опухоль расположена в пилорическом отделе желудка. На обходе врач сказал пациенту, что ему предстоит операция, после чего пациент стал волноваться, в разговоре с сестрой высказал опасения, что вряд ли перенесет операцию, так как его знакомый якобы умер от подобной операции.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Составьте план подготовки к операции (У7. З1 ПК 1.2 ПК2.3)
3. Подготовьте все необходимое для определения группы крови. (У2 У7 З4 З9 ОК2 ОК12 ПК2.2)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента: снижение массы тела; постоянная боль в эпигастриальной области; снижение аппетита; отвращение к мясной пище; страх перед предстоящей операцией.

Приоритетная проблема: страх перед предстоящей операцией.

План

1. М/с ежедневно по 5-10 мин. будет обсуждать с пациентом его страхи и волнения.
2. М/с, отвечая на вопросы пациента, ознакомит его с методами обезболивания, планом предоперационной подготовки, течением послеоперационного периода.
3. М/с познакомит пациента с больным, перенесшим удачно подобную операцию
4. М/с обеспечит моральную поддержку пациента со стороны родственников.
5. М/с организует досуг пациента.
6. К моменту операции м/с убедится, что пациент преодолел страх.

2. Составьте план подготовки к операции

1. Накануне операции вечером покормить пациента легким ужином и предупредить его, чтобы утром он не принимал пищу и питье.
2. На ночь сделать очистительную клизму.
3. Вечером провести полную санитарную обработку.
4. По назначению врача на ночь дать снотворные препараты.
5. Утром в день операции:
 - а) измерить температуру
 - б) поставить очистительную клизму
 - в) побрить операционное поле
 - г) по назначению врача промыть желудок через зонд
 - д) перед премедикацией предложить пациенту помочиться
 - е) провести премедикацию
 - ж) отвезти пациента на каталке в операционную

3. Подготовьте все необходимое для определения группы крови.

Оснащение:

- стандартные сыворотки групп 0(I), A(II), B(III) двух различных серий;
- сыворотка группы AB(IV);
- белая фарфоровая или эмалированная тарелка, маркированная 0(I), A(II), B(III), AB(IV);
- изотонический раствор хлорида натрия;
- иглы, пипетки, стеклянные палочки, предметные стекла.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- Полноценная реабилитация после операции на желудке должна включать в себя раннюю активацию пациента, дыхательную и лечебную гимнастику, а также диетическое питание. Все эти меры ускоряют процессы регенерации и предупреждают развитие осложнений.
- В первый день после хирургического вмешательства больному разрешаются как пассивные, так и активные движения ногами. Также с первого дня нужно заниматься дыхательной гимнастикой. Если противопоказания отсутствуют, больной может встать на ноги уже на 2–3 день после операции.
- При благоприятном прогнозе восстановления швы могут снять уже на 8-й день после хирургического вмешательства. Выписывают из больницы пациента обычно через две недели, если процесс реабилитации не омрачается осложнениями.

Диета после операции

Больным после операции на желудке необходимо диетическое питание. В послеоперационный период эта диета строжайшая. Так, при нетяжелой операции, которая не сопровождается послеоперационными осложнениями, больному со второго дня разрешается пить воду, по пол стакана в день, но только чайными ложками. С третьего дня количество жидкости должно быть увеличено до 500 мл, причем пациент может употреблять не только воду, но также бульон или крепкий чай. Начиная с четвертого дня количество жидкости можно увеличить до 4 стаканов в сутки, которые обязательно нужно разделить на 8, а то и 12 приемов в день. Причем в этом случае в качестве еды могут быть использованы сырые яйца, кисель, слизистый суп, протокваша, сметана и вода.

В зависимости от состояния пациента с пятого дня ему разрешается употреблять жидкую пищу в неограниченном количестве. Более того, начиная с этого времени, больной может употреблять перетертые супы, а также, манную кашу и творог. С седьмого дня разрешается включать в свой рацион тщательно перетертое отварное мясо. Примерно с девятого дня пациенту необходимо перейти на противоязвенный стол, то есть на диету № 1А (нужно лишь исключить блюда, приготовленные на цельном молоке). При этом питание пациента с язвенной болезнью должно быть дробным, а значит кушать надо до 7 раз в день мелкими порциями. Берегите свое здоровье!

Задача №7

Активное посещение девочки 11 лет с диагнозом грипп. Предъявляет жалобы на сильную головную боль, головокружение, боли в суставах, нарушение сна, общую слабость. Температура 38,7, PS 92, АД 90/60. В доме еще есть ребенок 2 лет. Мама обеспокоена тем, что он может заразиться от сестры, но не знает как этого избежать.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Перечислите основные правила при уходе за больным гриппом (У7. З1 ПК 1.2 ПК2.3)
3. Техника оксигенотерапии с применением носового катетера (У2 У7 З4 З9 ОК2 ОК12 ПК2.2)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Настоящие: лихорадка головная боль; рвота; нарушение сна; беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальная: риск асфиксии рвотными массами.

Приоритетная: лихорадка.

План

1. Обеспечить пациентке физический и психологический покой
2. Организовать индивидуальный сестринский пост по уходу за пациенткой
3. Обеспечить обильный приём жидкости (обильное щелочное питьё в течение 2 суток)
4. Провести беседу с родственниками об обеспечении дополнительного питания
5. Измерить температуру тела каждые 2 часа
6. Применить методы физического охлаждения:
 - укроет простыню или лёгким одеялом
 - использует холодный компресс или пузырь со льдом
7. Смазывать губы вазелиновым маслом 3 раза в день
8. Обеспечить прием жидкой или полужидкой пищи 6-7 раз в день
9. Обеспечить тщательный уход за кожей и слизистыми пациентки
10. Обеспечить смену нательного и постельного белья по мере необходимости
11. Наблюдать за внешним видом и состоянием больного.

2. Перечислите основные правила при уходе за больным гриппом

1. По возможности, разместить больного члена семьи отдельно от других,
2. Уход за больным желательно осуществлять одному человеку,
3. Избегайте того, чтобы за больным ухаживала беременная женщина,
4. Все члены семьи должны соблюдать гигиенические меры – использование масок, частое мытьё рук, протирание рук дезинфицирующими средствами,
5. Следить за собой и за другими членами семьи на предмет появления симптомов гриппа,
6. Стараться находиться от больного на расстоянии не менее 1 метра,
7. Выделить для больного отдельную посуду.
8. Внимательно следить за состоянием больного, чтобы при возможном ухудшении самочувствия своевременно обратиться к врачу и получить необходимое лечение.
9. Влажную или отсыревшую маску следует сменить на новую, сухую.
10. Закончив уход за больным, маску необходимо немедленно снять, выбросить и вымыть руки.

3. Техника оксигенотерапии с применением носового катетера

Цель: уменьшение гипоксии различного происхождения.

Показания: реанимация, заболевания органов дыхания, сопровождающиеся одышкой.

Противопоказания: отсутствие дыхания более 20 минут.

Этапы

1. Подготовка к процедуре

2. Познакомить их с целью и ходом процедуры.

3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.

4. Приготовить необходимое оснащение.

5. Подготовить к работе аппарат Боброва:

а) налить в чистую стеклянную емкость на 2/3 объема увлажнитель температурой 40-45 С, не более.

б) длинную трубку аппарата погрузить в жидкость и присоединить к источнику

в) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.

г) проверить проходимость аппарата.

Примечание: для увлажнения используют стерильные растворы воды, изотонический раствор натрия гидрокарбоната; при наличии отека легких используют 96% спирт или антифомсилан.

6. Обработать дезраствором пеленальный стол, клеенчатый матрац постелить пленку. Вымыть и осушить руки.

7. Придать ребенку возвышенное положение, уложив его так, чтобы голова и верхняя часть туловища находилась на приподнятом изголовье матраца.

8. Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить носовые ходы.

Обеспечение проведения процедуры.

9. Измерить глубину введения катетера (расстояние от козелка уха до крыла носа):

а) захватывать пинцетом марлевую салфетку и положить её на пальцы левой руки.

б) извлечь пинцетом катетер из упаковки, проверить его целостность.

в) положить в руку на марлевую салфетку вводимый конец катетера и расположить его у носа ребенка, а другой конец катетера, удерживаемый пинцетом, у козелка уха, не касаясь лица ребенка.

г) сделать метку.

а) сохранить стерильность катетера.

б) визуальный контроль за глубиной введения.

10. Взять катетер как пишущее перо правой рукой на расстоянии 3-5 см. от вводимого конца и смазать вазелиновым маслом методом полива.

11. Ввести катетер по нижнему носовому ходу до метки (при введении катетер держать перпендикулярно к поверхности лица).

12. Проконтролировать положение катетера с помощью шпателя.

13. Закрепить наружную часть катетера полосками лейкопластыря.

14. Подсоединить наружную часть катетера через резиновую трубку (длиной не более 60 см) к которой трубке увлажнителя, расположенной над поверхностью жидкости.

15. Отрегулировать скорость подачи кислорода (ротаметром или быстротой прохождения пузырьков газа через увлажнитель).

16. Засечь время подачи кислорода (по назначению врача)

17. После истечения назначенного времени оксигенотерапии отключить подачу кислорода.

18. Удалить катетер через салфетку.

19. ввести в носовой ход 2-3 капли раствора с сосудосуживающим, дезинфицирующим действием 9капли, содержавшие адреналин, фурациллин).

20. Использованные инструменты и перчатки погрузить в дезраствор.

21. вымыть и осушить руки.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Правильное восстановление ребенка после гриппа включает:

Щадящий режим дня;

Облегченная диета, способствующая восстановлению кишечной микрофлоры, нарушение которой вызвано не только приемом антибиотиков, но и диспепсическими симптомами (рвота, диарея). Исключить тяжелую пищу (продукты, содержащие грубую растительную клетчатку, вызывающие брожение и прочие). Наиболее оптимальными блюдами в период восстановления ребенка после гриппа станут фруктовые и овощные пюре, молочные каши, йогурты, творог, нежирные сорта сыра;

Естественная витаминизация организма – свежие фрукты, овощи, свежееотжатый сок.

Витаминные комплексы по предписанию педиатра;

Восстановление дыхательной системы – ингаляции с травами, препараты на растительной основе;

Восстановление иммунитета. Защитные силы организма ребенка после гриппа восстанавливаются крайне медленно, в этот период важно оградить ребенка от контактов с потенциальными источниками инфекции, чтобы избежать повторного заражения.

Многие родители допускают критичную ошибку, отменяя лечение ребенка сразу, как исчезают первичные симптомы гриппа, что в еще большей степени ослабляет организм ребенка.

Также ребенка после гриппа необходимо тщательно обследовать. Педиатры не рекомендуют возвращаться к нормальному ритму жизни (посещение детских садов, школ, студий) в течение 10-12 дней после болезни для естественного восстановления сил организма и во избежание повторного заражения.

Задача №8

Пациентка 40 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: острый живот, перекрут ножки кисты.

Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в паховую область и бедро, тошнота и рвота.

Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин, ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации.

Задания

1. Определите проблемы пациентки.. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите проблемы пациентки.

Информация, позволяющая заподозрить медсестре неотложное состояние:

- резкие, нарастающие боли в животе с иррадиацией в паховую область и бедро;
- тошнота, рвота;
- вынужденное положение больной;
- резкая болезненность при пальпации живота.

2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры.

- вызвать врача по телефону с целью определения дальнейшей тактики при обследовании и лечении пациентки;
- уложить больную на кушетку для придания удобного положения;
- измерить АД, подсчитать пульс, измерить температуру тела для контроля за состоянием пациентки;
- провести беседу с пациенткой с целью убеждения ее в благополучном исходе

заболевания и создания благоприятного психологического климата;

· наблюдать за пациенткой до прибытия врача с целью контроля состояния больной.

3. Продемонстрируйте технику влагалищного спринцевания.

1. Положении женщины лежа с согнутыми ногами, разведенными в коленях.
2. Под ягодицы подкладывают судно.
3. Перед процедурой область входа во влагалище и промежность смазывают вазелином или ланолином.
4. Для спринцеваний используют кружку Эсмарха емкостью 1-1,5 л, резиновую трубку длиной 1,5 м с краном и влагалищный наконечник.
5. Кружку Эсмарха и резиновые трубки перед употреблением тщательно промывают вначале дезинфицирующим раствором, а затем кипяченой водой, наконечники кипятят.
6. Кружку Эсмарха наполняют необходимым раствором и вешают на стену, примерно на 75 см выше судна, что обеспечивает слабый ток жидкости.
7. Из трубки выпускают воздух, после чего наконечник вводят во влагалище на глубину 5-7 см и открывают кран на трубке.
8. В начале спринцевания струя жидкости должна быть небольшой, в противном случае может произойти резкий спазм сосудов, что опасно для функции органов малого таза.
9. Длительность процедуры — 10-15 минут.
10. С лечебной целью влагалищные спринцевания делают утром и вечером, по мере улучшения состояния — 1 раз в день, затем через день и, наконец, 1-2 раза в неделю. На курс лечения обычно назначают 7-10 процедур.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Физические методы уменьшают боль, способствуют рассасыванию, восстанавливают обмен веществ, нормализуют овариально-менструальную и секреторную функции. Тяжелобольным (в первые 3 дня после операции) при угрозе прерывания беременности, с температурой, физиотерапию проводят в палатах. Лечение физическими методами начинают сразу после окончания менструации (с 5-7-го дня цикла). Процедуры эффективно проводить каждый день. Перерывы между курсом грязелечения должны быть не менее 6 мес, при лечении минеральными ваннами и орошения - 4 мес, при использовании аппаратной физиотерапии - 2 мес. Проводить более 3-х курсов лечения одним и тем же методом нужно. Курс физиотерапии при нормальной менструации, за исключением вагинальных процедур не нужно прерывать. Использовать биостимуляторы во время курса физиотерапии и в период ее последствий не рационально. УФО зоны трусов 2/3 биодозы. УВЧ участка малого таза, доза слаботеплова 10 мин, 10 процедур. Электрофорез - с кальцием (при маточных кровотечениях воспалительного генеза) с салициловой кислотой - при болевом синдроме с магнием при болевом синдроме, с цинком (при выделениях)

Задача №9

В отделение гнойной хирургии поступила пациентка с жалобами на уплотнение и боль в правой подмышечной впадине. Со слов пациентки, несколько дней назад выбрила волосы в подмышечных впадинах.

При осмотре медицинская сестра обнаружила в правой подмышечной впадине уплотнение округлой формы, болезненное на ощупь, кожа над ним гиперемирована, отмечается местное повышение температуры.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
2. Назовите причины и симптомы гидроденита(У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Назовите вид бинтовой повязки, необходимой для пациентки, и выполните ее. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациентки

Настоящие проблемы: боль и уплотнение в правой подмышечной области; дефицит самоухода.

Потенциальная проблема: риск перехода заболевания в стадию абсцедирования.

Приоритетная проблема: боль и уплотнение в правой подмышечной впадине вследствие развитие гидраденита.

План

1. Вызов врача.
2. Обеспечение асептического окружения (туалет кожи подмышечной впадины, сухое бритье)
3. По назначению врача, согревающий компресс на правую подмышечную впадину
4. Наложение косыночной повязки на правое предплечье
5. Обеспечение физиотерапевтического лечения
6. Обеспечение проведения антибиотикотерапии по назначению врача.
7. Беседа о заболевании, его возможных причинах и мерах профилактики рецидива
8. Контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациентки, повязкой

2. Назовите причины и симптомы гидраденита

Воспаление потовых желез при гидрадените происходит двумя основными путями: через микроскопические повреждения на коже либо с током лимфы из любой другой системы организма. Повредить кожу в области подмышек можно при удалении волос бритвенным станком. Чрезмерная потливость также может рассматриваться как одна из причин развития гидраденита, поскольку постоянное намокание кожи способствует размножению различных вирусов, грибков и бактерий.

Воспаление потовых желез часто возникает у лиц с ослабленным иммунитетом, женщин, имеющих гормональные нарушения организма, эндокринные заболевания, лишний вес.

Несоблюдение правил личной гигиены, особенно в жаркую погоду, также может вызвать развитие гидраденита.

Симптомы: повышение температуры, сильная боль в области воспаления, недомогание организма, слабость, легкая тошнота.

По мере созревания инфильтрата центральная его часть становится мягкой, через кожу в месте его локализации явно начинает проступать гной. Затем очаг гидраденита вскрывается, наружу выходит его гнойное содержимое. В гное при этом может отмечаться примесь крови. После прорыва инфильтрата и выхода гноя самочувствие больной, как правило, улучшается. Продолжительность развития гидраденита составляет 10-12 дней. Затем в месте локализации нарыва образуется заметный безболезненный рубец. В момент прорыва гнойника и выхода его содержимого наружу следует более тщательно следить за собственной гигиеной. В составе гноя присутствует большое количество стафилококков, вызвавших воспаление. Их попадание на кожу крайне неблагоприятно, поскольку может вовлечь в воспалительный процесс расположенные рядом, но оставшиеся нетронутыми потовые железы. В данном случае заболевание начнется с новой силой, но уже с вовлечением в процесс нагноения соседних желез.

3. Назовите вид бинтовой повязки, необходимой для пациентки, и выполните ее.

- бинт ведут через здоровую подмышечную ямку по передней поверхности грудной клетки с переходом на плечо ;

- огибая плечо, бинт проводится по внутренней поверхности плеча и из подмышечной ямки поднимается косо по плечу ;

- дальше бинт ведется по спине в направлении здоровой подмышечной ямки, откуда по передней поверхности грудной клетки он возвращается по плечу, закрывая предыдущий тур бинта наполовину ;

- туры бинта повторяются 3-5 раз и повязка фиксируется на передней грудной стенке .

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Обязательно проводят общеукрепляющее лечение в виде витаминно-минеральных

комплексов, лекарственных препаратов, воздействующих на отдельные звенья иммунитета (после иммунограммы - анализа крови, выявляющего все «поломки» иммунитета). Иногда проводят так называемую специфическую иммунотерапию: вводят стафилококковый анатоксин, анти-стафилококковые гамма-глобулин - все это способствует выработке иммунитета по отношению к возбудителю заболевания.

Задача №10

На стационарном лечении находится 12-месячный ребенок. Диагноз: анемия железодефицитная, рахит.

Ребенок быстро утомляется, не активен, аппетит плохой. Рацион питания ребенка однообразен – молочная пища; фрукты, овощи предпочитают ребенку не давать, т.к. боятся расстройства пищеварения.

Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, от молодых родителей. Отец с семьей не живет. Ребенок на улице бывает редко, т.к. находится на попечении бабушки. У мамы хронический тонзиллит, работает технологом.

Объективно: бледен, трещины в углах рта («заеды»). Голова немного увеличена с выпячиванием лобных бугров, большой родничок еще открыт на 2х2 см. На грудной клетке определяются четки. ЧДД 32 в минуту, пульс 120 уд./мин. Живот мягкий. Стул со склонностью к запорам.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Перечислите основные симптомы рахита (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса и ЧДД. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента: нарушение питания (снижение аппетита); нарушение целостности кожи (трещины в углах рта); нарушение опорожнения кишечника (склонность к запорам).
Приоритетная проблема: нарушение питания (аппетита).

План

1. Разнообразить меню пациента продуктами, содержащими железо (гречка, говядина, печень, гранаты и т. д.)
2. Кормить пациента малыми порциями 5-6 раз в день пищей в тёплом виде
3. Эстетически оформлять приём пищи
4. С разрешения врача включать в рацион аппетитный чай, кислые морсы, соки
5. Привлекать по возможности родственников пациента к его кормлению
6. Обеспечить прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой за 30-40 минут до еды, массаж, гимнастику
7. Провести беседу с родственниками о необходимости полноценного питания
8. Ежедневно взвешивать пациента

2. Перечислите основные симптомы рахита

На недостаток важного витамина в первую очередь реагирует нервная система ребенка. Он чаще плачет, хуже спит и ест. Повышенное потоотделение (особенно на лбу) во время плача, сосания груди. Во время сна вокруг головы малыша образуется влажное пятно. Скатываются волосы на затылке, и образуется небольшая залысина. Это один из самых характерных показателей ранней стадии **рахита у детей**. На более поздней стадии возникает мышечная гипотония. Такие дети позже других начинают держать голову, переворачиваться со спины на живот, не торопятся ползать и ходить. Родничок не закрывается. Зубы прорезываются с отставанием от графика. Нередко возникает анемия. Грудная клетка при рахите выдается вперед, утолщаются ребра, возникают утолщения

возле лучезапястных суставов. Если малыш начал ходить, у него искривляются кости ног.

3. Продемонстрируйте технику исследования пульса и ЧДД.

1. Приготовьте часы с секундомером или секундомер.
2. Вымойте руки.
3. Попросите пациента лечь удобно, чтобы вы видели верхнюю часть передней поверхности грудной клетки.
4. Возьмите руку пациента, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы пациент думал, что вы исследуете его пульс.
5. Смотрите на грудную клетку: вы увидите, как она поднимается и опускается.
6. Если вам не удастся увидеть движение грудной клетки, положите свою руку на грудную клетку пациента, и вы почувствуете эти движения.
7. Подсчитайте частоту за 1 минуту (только количество вдохов).
8. По окончании процедуры помогите пациенту сесть удобнее, уберите все лишнее.
9. Вымойте руки.
10. Зарегистрируйте данные измерения в температурном листе пациента.

Оценка достигнутых результатов: ЧДД подсчитано, зарегистрировано в температурном листе.

Примечания:

1. В норме дыхательные движения ритмичные (т.е. повторяются через равные промежутки времени). Частота дыхательных движений у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания чаще, чем у мужчин. Во время сна дыхание обычно становится реже (до 14 - 16 уд в минуту), дыхание учащается при физической нагрузке, эмоциональном возбуждении.
2. Учащение ЧДД называется тахипноэ; урежение ЧДД - брадипноэ; апноэ - отсутствие дыхания.
3. Типы дыхания: грудное - у женщин, брюшное - у мужчин, смешанное - у детей.
4. Проводя подсчет ЧДД, обратите внимание на глубину и ритм дыхания, а также продолжительность вдоха и выдоха, запишите тип дыхания.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Наряду с организацией правильного вскармливания детям назначают витамины Д и С, закаливающие процедуры, лечебную гимнастику (ЛГ), массаж, УФ-облучение по основной схеме хвойно-солевые ванны с температурой воды 36—37°C по 5—10 мин через день

Показаны обтирания соленой водой, обливания, души, солнечно-воздушные ванны после кормления, ЛГ и процедуры массажа.

Массаж успешно применяют в комплексном лечении рахита, он улучшает обменные процессы, предупреждает прогрессирование болезни, деформацию опорно-двигательного аппарата, усиливает кровоснабжение в массируемой области, стимулирует окислительно-восстановительные процессы в мышцах, нормализует сон. Массаж проводится осторожно, применяют поглаживание, растирание. Выполняют несколько раз в день по 5—7 мин

Задача №11

Пациент С., 38 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом: острая дизентерия, средней тяжести. При сестринском обследовании мед.сестра получила следующую информацию: жалобы на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью (выделения скудные, частота стула 9 раз), повышение температуры, слабость. Считает себя больным в течение одного дня. За 5 дней до заболевания ел немытые фрукты, купленные на рынке. В контакт вступает хорошо, боится заразить свою семью. Объективно: температура 37,8оС, 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, горячие на ощупь нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левой

подвздошной области. Стул: неоформленный слизистый. Диурез в норме.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)

2. Назовите основные причины и симптомы дизинтерии. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

3. Продемонстрируйте на фантоме технику взятия кала на бак. исследования из прямой кишки.

(ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента: боли в животе, лихорадка, частый жидкий стул со слизью, беспокойство по поводу здоровья членов семьи, дефицит знаний, умений.

Приоритетная проблема: жидкий стул со слизью.

План

1. Мед. сестра ознакомит пациента с правилами поведения в боксе (палате).
2. Выделит индивидуальный горшок (судно), предупредит о необходимости показывать стул мед. работнику.
3. Объяснит, как ухаживать за анусом, проверит понял ли ее пациент (проверит наличие у больного мыла, вазелина).
4. Обеспечит прием жидкости, расскажет как ее принимать (скорость, объем) с учетом назначений врача и состояния пациента.
5. Расскажет о диете и объяснит ее значение.
6. Расскажет о наблюдении мед. работниками за контактировавшими с больным родными.
7. Продолжит наблюдение с отметкой в температурном листе за выделениями, температурой, внешним видом, состоянием, поведением больного.
8. Выполнит назначения врача: возьмет материал для анализов (кал, моча), принесет лекарства и объяснит правила приема.
9. Обеспечит смену белья по мере его загрязнения. Проконтролирует проведение текущей дезинфекции.

2. Назовите основные причины и симптомы дизинтерии.

Дизинтерия — заболевание инфекционной природы, которое проявляется воспалительными процессами толстой кишки.

Причины дизинтерии:

Дизинтерия вызывается бактерией из рода Шигелл. При гибели этого микроба образуется токсин, обуславливает проявления болезни. Передача возбудителя происходит чаще через загрязнённую фекалиями воду.

Симптомы дизинтерии:

Заболевание имеет острое начало. Развивается интоксикация: повышается температура тела, озноб, усталость, снижение аппетита, головная боль. Кроме того возникают боли в животе, изначально тупого характера на протяжении всего живота, а затем они становятся острыми, иногда схваткообразными и локализованными слева внизу живота и бывают более интенсивными перед актом дефекации. Беспокоит диарея - частота стула достигает в тяжёлых случаях до 20 и более раз в сутки. Стул жидкий, часто с примесью слизи и крови. При тяжёлых формах беспокоят ложные позывы к дефекации, присоединяется тошнота, рвота, нарушения деятельности сердечно-сосудистой и центральной нервной систем.

3. Продемонстрируйте на фантоме технику взятия кала на бак. исследования из прямой кишки.

1. Пациента просят лечь на бок с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами.
2. Осторожно извлекают из пробирки петлю.
- 3.левой рукой разводят ягодицы и вводят петлю вращательными движениями в прямую кишку на глубину 9 - 10 см, стараясь снять со стенки прямой кишки ее содержимое. Извлекают петлю.
4. Не касаясь окружающих предметов и наружных стенок пробирки, осторожно опускают петлю в пробирку с консервантом.
5. Закрепляют направление на пробирке. Доставляют пробирку в бактериологическую лабораторию.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

1. Диетотерапия в период реконвалесценции при кишечных инфекциях. Пища должна быть механически и химически щадящая и содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов. Вполне обоснованно из рациона исключаются острые, пряные блюда, копченые продукты, ограничивается употребление грубой растительной клетчатки. Каши лучше всего готовить на овощных отварах, хорошее действие имеет использование овощных блюд, приготовленных из кабачков, цветной капусты, картофеля. Рекомендуется назначение творожных блюд, трехдневного кефира. Широко применяется назначение лечебного питания, которое содержит кисломолочный лактобактерин, бифилакт, анацидный бифилакт.
2. Пробиотики. Назначаются от 2 недель до 2–3 месяцев, при условии отмены антибактериальных препаратов, специфических бактериофагов, лактоглобулинов.
3. Ферментотерапия. Показанием для назначения ферментотерапии являются выраженные симптомы вторичной ферментопатии. Терапия назначается в виде как моно-, так и полиферментов. Контроль лечения осуществляется по копроцитограмме.
4. Фаготерапия. При стойком выделении возбудителей кишечных инфекций из кала в высокой концентрации рационально назначение специфических бактериофагов. Продолжительность курса лечения бактериофагами, в среднем, составляет 1 месяц, но может быть и больше, в зависимости от результатов бактериологического исследования кала.
5. Фитотерапия. Бактерицидную цель имеет назначение отваров и настоев таких трав, как зверобой, календула, эвкалипт, тысячелистник, лапчатка, шалфей, брусника, подорожник. Чтобы повысить секреторную активность ЖКТ, назначают тысячелистник, полынь, подорожник, а также капустный сок. С целью коррекции иммунитета используют отвар крапивы, подорожника, череды, Melissa. При неустойчивом, учащенном стуле можно давать рисовый отвар, отвар плодов черемухи.

Задача №12

Мужчина 50 лет госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом: стеноз устья аорты, СН II-А.

Пациент часто испытывает приступы сильного головокружения, дома были эпизоды кратковременной потери сознания, при физической нагрузке бывает одышка и приступы сжимающей загрудинной боли, которая снимается приемом нитроглицерина; ЧДД 18 в 1 мин. пульс 66 в 1 мин., ритмичный, малого наполнения и напряжения, АД 110/90 мм рт. ст.

Несмотря на назначенный постельный режим, пациент часто выходит в коридор, объясняя это тем, что не привычен целый день лежать в кровати, к тому же в палате душно.

Задание

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Обучите пациента принципам питания при заболеваниях сердца. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Продемонстрируйте технику снятия ЭКГ. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы:

высокий риск падения вследствие головокружения;
не понимает необходимости соблюдения постельного режима;
риск обморока;
риск острой боли в сердце.

Приоритетная проблема: высокий риск падения.

План

1. М/с убедит пациента в необходимости соблюдения постельного режима.
2. М/с обеспечит частое проветривание палаты.
3. М/с по возможности обеспечит проведение диагностических и лечебных процедур в палате.
4. М/с организует кормление в палате.
5. М/с обеспечит пациента мочеприемником и судном.
6. М/с обеспечит выполнение мероприятий личной гигиены в палате.
7. М/с обеспечит средства связи с постом медицинской сестры.
8. При необходимости передвижения пациента м/с использует кресло-каталку

2. Обучите пациента принципам питания при заболеваниях сердца

1. Снижение массы тела при ее избыточности.
2. Ограничение потребления алкоголя.
3. Из рациона необходимо исключить вещества, возбуждающие центральную нервную и сердечно-сосудистую системы (кофе, крепкий чай).
4. Увеличение физической активности.
5. Ограничение потребления поваренной соли (не более 6 г /сут).
6. Поддержание адекватного потребления калия (за счет свежих фруктов и овощей). кальция и магния.
7. Увеличение потребления пищевых волокон.
8. Из рациона желателно исключить продукты, вызывающие метеоризм (бобовые, молоко, редьку, репчатый лук, чеснок).

3. Продемонстрируйте технику снятия ЭКГ.

Пациент ложится на кушетку, и на его коже устанавливают электроды. Электроды устанавливают таким образом, чтобы регистрировать потенциалы с двух точек с разноименными зарядами. Кожа под электродами перед регистрацией ЭКГ обезжиривается с помощью спиртового раствора. На предплечья обеих рук и левую ногу накладывают влажные салфетки (предварительно их смачивают в 9 %-ном растворе NaCl). Поверх салфеток накладываются электроды, от которых к аппарату электрокардиографа отходят провода. Провода имеют различные цвета: электрод на правой руке имеет красный провод, на левой – желтый, на левой ноге – зеленый, к правой ноге подходит электрод, от которого отходит черный провод: этот электрод выполняет функцию заземления.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация при ИБС имеет своей целью восстановление состояния сердечно-сосудистой системы, укрепление общего состояния организма и подготовка организма к прежней физической активности.

Первый период реабилитации при ИБС – это адаптация. Пациент должен привыкнуть к новым климатическим условиям, даже если прежние были хуже. Акклиматизация пациента к новым климатическим условиям может занимать около нескольких дней. В ходе этого периода проводится первичное медицинское обследование пациента: врачи проводят оценку состояния здоровья пациента, его готовность к физическим нагрузкам

(подъем по лестнице, гимнастика, лечебная ходьба). Постепенно объем физической нагрузки пациента растет под контролем врача. Это проявляется в самообслуживании, посещениях столовой и прогулок по территории санатория.

Следующий этап реабилитации – это основной этап. Он длится от двух до трех недель. В течение этого периода увеличивается физическая нагрузка, ее продолжительность, скорость лечебной ходьбы.

На третьем, завершающем, этапе реабилитации проводится заключительное обследование пациента. В это время проводится оценка переносимости лечебной гимнастики, дозированной ходьбы и подъемов по лестнице.

Задача №13

Пациент, 22 года, поступил на стационарное лечение в кожное отделение клиники с диагнозом: чесотка.

Жалобы на зуд, преимущественно на руках и животе, усиливающийся в ночное время, плохой сон.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. На коже живота, боковой поверхности туловища, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей имеются везикуло-папулезные высыпания, чесоточные ходы, экскориации.

Рс., АД, дыхание в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме. Пациенту назначено: лечение 20% эмульсией бензилбензоата.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите основные причины и пути передачи чесотки. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Перечислите основные правила лечения чесотки. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие: нарушение сна; зуд кожных покровов.

Потенциальные: осложнения, связанные с инфицированием (присоединением вторичной инфекции).

Приоритетная проблема: зуд, усиливающийся в ночное время.

План

1. Обеспечить физический и психический покой и объяснить причину зуда
2. Выполнить назначения врача: обработать больного 20% раствором бензилбензоата
3. Сменить постельное и нательное белье после первой обработки
4. Провести беседу с пациентом о соблюдении санитарно-гигиенического режима в период лечения и после выздоровления
5. На пятый день после первого втирания, душ и смена белья

2. Назовите основные причины и пути передачи чесотки.

Чесотку вызывают самки чесоточного клеща. Попадая на кожу человека, они проделывают ходы под роговым слоем эпидермиса, откладывая ежедневно по 2-3 яйца. Из яиц вылупляются личинки, которые через 2-3 недели превращаются в половозрелых особей. Чесотка передается только от человека к человеку. Чаще всего заражение происходит при тесном контакте с больным. Этому способствует скученность населения, антисанитарная обстановка и беспорядочная половая жизнь. В редких случаях возможен путь передачи через предметы быта (постельное белье, полотенца, мочалка и т.д.). Среди детей инфекция может передаваться через игрушки, если ими предварительно

пользовался больной ребенок

3. Перечислите основные правила лечения чесотки.

Перед тем, как начать лечение, следует сменить нательное, постельное белье, мочалки и принять душ. Принимать ванну или душ во время лечения нельзя.

Любые средства — мази против чесотки, растворы, спреи используются на ночь, кожу голову под волосами обрабатывать не надо, обрабатывать следует все тело, а не только пораженную область.

После лечения снова следует также сменить постельное и нательное белье и принять душ. При наличии автоматической стиральной машины достаточно выбрать самую длительную по времени программу с максимальной температурой — этого будет достаточно для дезинфекции. После этого, для верности, прогладить утюгом с обеих сторон.

Подушки и одеяла следует подержать на открытом воздухе 5 дней. То же самое касается вещей, которые нельзя стирать или игрушек, обуви — их следует герметично упаковать в полиэтиленовые пакеты и выждать 5 дней.

Мягкую мебель и матрасы обработать аэрозолем для уничтожения насекомых.

Местные средства для лечения чесотки нельзя использовать дольше, чем рекомендует врач, несмотря на продолжающийся зуд, поскольку это может спровоцировать зуд уже от препарата и вызвать признаки передозировки.

Если зуд продолжается после лечения, продолжите прием антигистаминных средств.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Постинфекционная реабилитация будет заключаться в восстановлении буферной функции кожи – применение ванн с добавлением масел, смягчающие кремы, продолжение применения витаминных комплексов. Лечение народными средствами лучше не применять, т.к область фитотерапии развита недостаточно и нет уверенности в добросовестности изготовления препаратов производителями; улучшение может наступить только симптоматически. Но абсолютно безвредным можно считать применение ванн с ромашковым отваром.

Задача №14

В хирургический кабинет обратились женщина с жалобами на сильные боли в области правой молочной железы. Кормит грудью, ребенку две недели.

При осмотре: определяется болезненный инфильтрат 6 см в диаметре в верхне-наружном квадранте правой молочной железы, над ним гиперемия, подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны, повышение температуры до 39° С.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Перечислите меры профилактики мастита (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Наложите повязку на правую молочную железу. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациента

Настоящие проблемы: сильная боль в правой молочной железе; повышение температуры; голодный ребенок; застой молока.

Потенциальные проблемы: риск возникновения абсцесса молочной железы.

Приоритетная проблема: боль в правой молочной железе и застой молока вследствие развития лактационного мастита.

План

1. М/с выполнит назначения врача:

- введет антибиотик в сосок, разведенный в новокаине;
- проконтролирует прием препаратов лактин и парлодел.

2. Наложит поддерживающую повязку на молочную железу.
3. Проведет беседу о причинах и мерах профилактики развития мастита.
4. М/с будет осуществлять массаж железы, сцеживание молока.
5. М/с сопроводит пациентку на фонофорез.

2. Перечислите меры профилактики мастита

- подготовка сосков перед родами;
- обработка сосков перед кормлением;
- гигиена кожи, одежды;
- сцеживание молока после кормления.

3. Наложите повязку на правую молочную железу.

- для этой повязки лучше использовать широкий бинт (10 см);
- при наложении повязки на правую молочную железу головка бинта находится в правой руке и туры бинта ведут слева направо, а при наложении повязки на левую железу – делают все в зеркальном отображении;
- бинт фиксируют циркулярным туром вокруг грудной клетки под молочной железой;
- дойдя до железы, бинтом охватывают нижнюю и внутреннюю ее части и ведут бинт на противоположное плечо и по спине проводят его в подмышечной ямке (2,4,6);
- охватывают нижнюю и внешнюю части железы (3,5,7) и проводят фиксирующий тур бинта (8);
- повторяя предыдущие туры бинта постепенно закрывая молочную железу.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В послеродовой период необходимо соблюдать определенные гигиенические правила: ежедневно обмывать молочные железы водой с мылом, подобрать удобный бюстгальтер, не стягивающий грудь, использовать прокладки для груди; после кормления нужно сушить сосок, держа его открытым на воздухе 5 минут. Важно кормить ребенка по требованию – не "по часам", а при первых признаках беспокойства малыша, давая обе молочные железы в каждое кормление. Для кормящей мамы важны режим, полноценное питание, прием поливитаминов, прогулки на свежем воздухе, спокойная обстановка дома – все это будет предохранять ее от инфекционных осложнений в послеродовой период.

Задача №15

Пациент, 40 лет, поступил на стационарное лечение в венерологическое отделение клиники с диагнозом – сифилис вторичный, свежий.

Жалобы на появление высыпаний на коже туловища, незначительное повышение температуры, слабость, головную боль, боль в мышцах, костях, снижение аппетита. Больным себя считает в течение недели. Из анамнеза выяснилось, что пациент 10 недель назад тому назад имел случайную половую связь с незнакомой женщиной в поезде. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Пациент тревожен, подавлен, беспокоится о здоровье жены и детей, выражает опасение за их и свое будущее, боится огласки..

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Расскажите о санитарно-эпидемиологическом режиме медицинской сестры участвующей в обследовании и лечении пациентов. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациента

Настоящие: лихорадка, головная боль, беспокойство по поводу исхода заболевания,

высыпания на коже.

Потенциальные: депрессия, поражение внутренних органов.

Приоритетная проблема: тревога, связанная с дефицитом информации о заболевании, и боязнь огласки.

План

1. Обеспечить физический и психический покой.
2. Объяснить больному, что на этой стадии заболевание хорошо поддается лечению.
3. Сохранить врачебную тайну больного.
4. При наличии мокнущих элементов объяснить больному необходимость строгого соблюдения правил личной гигиены.
5. Объяснить необходимость диеты (исключено острое, соленое, алкоголь).
6. Для эффективного лечения
6. Запретить на период лечения половые контакты.
7. Для профилактики заражения половых партнеров.

2. Расскажите о санитарно-эпидемиологическом режиме медицинской сестры участвующей в обследовании и лечении пациентов.

- следить за состоянием кожи рук;
- своевременно обрабатывать царапины и порезы; кожу кистей обрабатывать 0,05% раствором хлоргексидина, раствором сулемы 1:1000, мыть калийным мылом;
- средний и младший мед. персонал должны строго соблюдать следующий санитарно-эпидемиологический режим в отделении:
 - а) дезинфицировать верхнюю одежду и постельные принадлежности в пароформалиновой камере;
 - б) проводить влажную уборку в отделении 2-3 раза в день с горячим 2% мыльно-содовым раствором;
 - в) у каждого больного должна быть отдельная посуда;
 - г) использованную посуду кипятить 15 мин.;
 - д) перевязочный материал и мусор подлежат уничтожению;
 - е) мебель в столовой, смотровых, палатах обрабатывать 0,5% раствором фенола или 0,2% раствором хлоргексидина биглюконата;

3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции.

Приготовьте: шприц с раствором антибиотика и иглой для в/м инъекций, стерильные ватные шарики, спирт.

- Удалите воздух из шприца, придерживая канюлю указательным пальцем.
- Возьмите шприц в правую руку так, чтобы 5-й палец был на канюле иглы, а 1-й, 3-й и 4-й палец – на цилиндре, 2-й – на ободке.
- Пропальпируйте место инъекции.
- Обработайте место инъекции ватным тампоном, смоченным спиртом, делая мазки в одном направлении.
- Закрепите ватный шарик между 4-м и 5-м пальцем левой руки.
- Свободными пальцами левой руки растяните кожу в области инъекции.
- Держа шприц перпендикулярно, под углом 90°С, введите иглу в мышцу, оставляя 0,5-1 см от канюли.
- Перенесите левую руку на поршень и введите лекарственное средство, убедившись, что игла не попала в кровеносный сосуд.
- Извлеките иглу, место вкола прижмите ватным шариком, смоченным спиртом, на 15 сек, слегка массируя.
- Использованный ватный шарик поместите для дезинфекции в 3% раствор хлорамина на 1 час, шприц и иглу – в емкость № 1 для удаления остатков лекарственного средства и крови.
- ж) использованный мед. инструментарий обрабатывать согласно действующим приказам.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Во-первых у пациента должно быть воздержание от наркотиков и алкоголя в течение 7-10 дней. Необходимо пройти анализы:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ на ВИЧ;
- анализ на вирусный гепатит «С»;
- анализ на вирусный гепатит «В»;
- анализ на сифилис;
- флюорография;
- консультация терапевта;

Курс медико-социальной реабилитации продолжается 6 месяцев

Задача №16

Пациент 48 лет поступает на стационарное лечение в эндокринологическое отделение с диагнозом: сахарный диабет, инсулинозависимая форма, впервые выявленный.

Предъявляет жалобы на сухость во рту, жажду (выпивает до 5 литров в сутки), частое обильное мочеиспускание, слабость. Заболел недавно, но знает, что при диабете ни при каких обстоятельствах нельзя есть сладкое. Волнуется, что возможно придётся «жить на уколах».

Сознание ясное. Рост 178 см, вес 75 кг. Кожные покровы бледные, сухие. На слизистой оболочке нижней губы трещина. Пульс 88 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст., частота дыхания 18 в 1 минуту.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Обучите пациента принципам диеты N 9(У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте на муляже технику п/к введения инсулина. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациента: жажда; трещина слизистой оболочки нижней губы; не знает, как правильно питаться при сахарном диабете; беспокоится о своём состоянии.

Приоритетная проблема: жажда.

План

1. М/с обеспечит строгое соблюдение диеты № 9, исключая раздражающую острую, сладкую и соленую пищу.
2. М/с проведет беседу с родственниками о характере передач
3. М/с осуществит уход за слизистыми ротовой полости
4. М/с обеспечит доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течении 30 минут
5. М/с обеспечит психологическую поддержку пациенту и его досуг

2. Обучите пациента принципам диеты N 9

Хлеб и хлебные изделия – преимущественно из цельного зерна или с добавлением отрубей диетические сорта хлеба: белково-отрубной, белково-пшеничный.

Супы – преимущественно вегетарианские или на костном бульоне из сборных овощей, борщи, рассольники, окрошка, фасолевый (один-два раза в неделю на мясном или рыбном бульоне).

Блюда из мяса и птицы – нежирные сорта мяса и птицы – говядина, баранина, свинина, курица, индейка, кролик в отварном, заливном, запеченном виде (один раз в неделю разрешается в жареном виде). Не рекомендуются гусь, утка, внутренние органы животных, мозги.

Колбасные изделия – с невысоким содержанием жира.

Блюда из рыбы – разнообразная морская и речная рыба – треска, навага, ледяная, судак, щука преимущественно в отварном, заливном, запеченном виде.

Овощи, зелень – капуста цветная и белокочанная, листовый салат, баклажаны, кабачки, арбуз, тыква, огурцы, помидоры, зеленый горошек, бобы, фасоль, чечевица, перец болгарский, лук, свекла, морковь, петрушка, укроп, сельдерей, эстрагон, кинза.
Ограничивается картофель.

Блюда из ягод и фруктов – несладкие сорта ягод и фруктов: яблоки, груши, айва, апельсины, лимоны, грейпфрут, гранат, вишня, слива, персики, смородина, брусника, малина, земляника, клюква, рябина в сыром, сушеном виде, в виде компотов, желе, киселей без добавления сахара, с использованием сахарозаменителей. Не рекомендуются бананы, инжир, ограничивается виноград, изюм.

Блюда из круп, макаронных изделий – овсяная, гречневая, «геркулес», пшено, диетические макаронные изделия с включением отрубей, в виде разнообразных каш, запеканок, с учетом общего количества углеводов в диете.

Блюда из яиц – одно яйцо в день, всмятку или в виде омлета, яичницы, для добавления в блюда.

Молочные продукты – преимущественно обезжиренные или низко жирные – творог в свежем виде или в виде сырников, пудингов, творожников (без добавления сахара), кефир, простокваша, молоко, сыр, сливки, сливочное масло пониженной жирности.

Кондитерские изделия – только диетические с сахарозаменителями (галеты, печенье, вафли на ксилите, мармелад, конфеты с сахарозаменителями).

Жиры – масло сливочное (крестьянское), бутербродный маргарин, подсолнечное, кукурузное, оливковое масло в натуральном виде.

Напитки – чай, чай с молоком, кофейный напиток, томатный сок, фруктовые и ягодные соки без сахара, отвар шиповника, безалкогольные напитки без сахара, минеральная вода.

Закуски – салаты, винегреты, заливная нежирная рыба и мясо, сельдь вымоченная, сыр, нежирная колбаса, икра овощная.

3. Продемонстрируйте на муляже технику п/к введения инсулина.

1. Следует внимательно просмотреть этикетку на флаконе и маркировку шприца. Определить, сколько ЕД инсулина в определенной концентрации содержится в 1 делении шприца.
2. Обработав руки, надеть перчатки.
3. Подготовить флакон с инсулином, покатав его в руках для равномерного размешивания. Обработать крышку и пробку.
4. Набрать воздух в шприц, количество которого равно количеству вводимой дозы инсулина.
5. Флакон должен стоять на столе. Снять колпачок с иглы и ввести ее во флакон через пробку.
6. Нажать на поршень шприца и ввести воздух во флакон.
7. Вверх дном поднять флакон и набрать в шприц на 2-4 ЕД инсулина больше назначенной дозы.
8. Извлечь иглу из флакона, удалить воздух, оставив в шприце точную дозу, назначенную врачом.
9. Обработать два раза место инъекции с помощью ватного шарика и антисептика. Место инъекции высушить сухим шариком.
10. Ввести инсулин под кожу (в случае большой дозы - внутримышечно). Предварительно необходимо проверить, не попала ли игла в кровеносный сосуд.
11. Обработать использованные предметы.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

1. Диета — основа лечения сахарного диабета, особенно II типа. Она должна

- соответствовать возрасту, массе тела, уровню физической активности.
2. Среди лечебных факторов при терапии сахарного диабета большое значение придается физической активности, оказывающей многостороннее оздоравливающее действие за счет повышения функциональной активности различных органов и систем организма человека.

Задачи ЛФК

регуляция содержания глюкозы в крови;
предупреждение развития острых и хронических диабетических осложнений;
поддержание нормальной массы тела (у больных, страдающих диабетом II типа, как правило, снижение массы тела);
улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
расширение диапазона адаптационных возможностей больного к физическим нагрузкам;
улучшение психоэмоционального состояния пациента;
обеспечение высокого качества жизни.

Противопоказания к ЛФК

гипергликемия — 16,6 ммоль/л (300 мг%) и выше
наличие в моче ацетона
признаки прекоматозного состояния

Задача №17

В хирургический кабинет поликлиники обратился пациент 40 лет с жалобами на боли в области обеих кистей, онемение конечностей. Из анамнеза м/с выяснила, что пациент находился на морозе без перчаток в течение 2-х часов.

При осмотре выявлено: кожные покровы кистей рук бледные, чувствительность нарушена. Пульс 80 ударов в мин., АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 18 в мин., температура 36,9 С.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите основные симптомы обморожения. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте наложение повязки на кисть "варежка". (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: бледность кожных покровов, нарушение чувствительности учащение пульса, незначительное повышение АД,

Приоритетная проблема: нарушение чувствительности.

План:

1. М/с обеспечит обработку здоровой кожи и общее согревание больного.
2. М/с обеспечит осмотр пациента хирургом.
3. М/с наложит асептическую повязку на кисти с утеплительным слоем.
4. По назначению врач, введет внутримышечно 2 мл но-шпы.
5. М/с обеспечит проведение экстренной профилактики столбняка.

2. Назовите основные симптомы обморожения.

Обморожение I степени (наиболее лёгкое) обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Поражённый участок кожи бледный, после согревания покрасневший, в некоторых случаях имеет багрово-красный оттенок; развивается отёк, чувство жжения, покалывания с последующим онемением поражённого участка. Затем появляются кожный зуд и боли, которые могут быть и незначительными, и резко выраженными. К концу недели после обморожения иногда наблюдается незначительное

шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5 - 7 дню после обморожения.

Обморожение II степени возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувствительности. Наиболее характерный признак – образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Грануляции и рубцы не образуются. При обморожении II степени после согревания боли интенсивнее и продолжительнее, чем при обморожении I степени, беспокоят кожный зуд, жжение.

При **обморожении III степени** продолжительность периода холодового воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе обморожения грануляций и рубцов. Рубцевание продолжается до 1 месяца. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при обморожении II степени.

Обморожение IV степени возникает при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нём наибольшее. Оно нередко сочетается с обморожением III и даже II степени. Омертвевают все слои мягких тканей, нередко поражаются кости и суставы. Повреждённый участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отёк развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Температура кожи значительно ниже, чем на окружающих участках обморожения тканей. Пузыри развиваются в менее обмороженных участках, где имеется обморожение III – II степени. Отсутствие пузырей при развившемся значительном отёке, утрата чувствительности свидетельствуют об обморожении IV степени.

3. Продемонстрируйте наложение повязки на кисть "варежка".

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть свободно свисает.
3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
4. Приложить бинт к лучезапястному суставу.
5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.
6. Опустить бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти и, огибая пальцы, перейти на ладонную поверхность к лучезапястному суставу.
7. Сделать возвращающийся тур через ладонь, пальцы, на тыл кисти и далее к лучезапястному суставу (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).
8. Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев и от концов пальцев к основанию кисти.
9. Зафиксировать повязку двумя закрепляющими турами бинта вокруг лучезапястного сустава, разрезать конец бинта и завязать на узел.

При наложении повязки уложить стерильные салфетки между пальцами для предупреждения опрелостей.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Задачи и методика лечебной физической культуры при отморожении строятся по тем же принципам, что и при ожоговой болезни. Занятия ЛФК направлены на профилактику осложнений, улучшение кровообращения в отмороженных участках тела с целью активизации регенеративных процессов, на подготовку больного к операции по пересадке тканей.

Общий прогноз для жизни при отморожении более благоприятен. При отморожениях III и IV степеней у значительного числа больных приходится ампутировать пострадавшие конечности. В связи с этим важнейшей задачей лечебной физкультуры является подготовка больных к проведению операции, а после нее — к обучению пользованию

протезами по методике, применяемой при ампутациях конечностей. У лиц, перенесших общее охлаждение, в течение длительного времени наблюдаются расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, пневмонии и другие осложнения. Поэтому методика лечебной физкультуры должна строиться в соответствии с методиками, применяемыми при соответствующих заболеваниях.

Физиотерапия. Отогревание отмороженных участков достигается смазыванием их спиртом, помещением в ванну на 20—30 мин с постепенным повышением температуры воды с 20 до 37 °С. Согревание можно производить с помощью электросветовой ванны и лампы соллюкс. При отморожении I и II степени применяют ультразвук в непрерывном или импульсном режиме, при выраженном болевом синдроме назначают электрофорез новокаина, дарсонвализацию области поражения непосредственно или через повязку. Для предупреждения развития контрактур и рубцов при отморожении III и IV степени назначают парафиновые или грязевые аппликации и сероводородные ванны.

Задача №18

Пациент С., 30 лет, поступил на лечение в инфекционный стационар с жалобами на тошноту, рвоту, жидкий стул, слабость, периодические боли в животе. Заболевание связывает с употреблением накануне вечером мясного салата, салат употребляла и жена, у которой тоже отмечается недомогание и расстройство стула.

Объективно: температура 37,6°С, положение в постели активное, кожные покровы чистые, сухие, язык сухой, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, пульс 78 ударов в минуту, АД 110/60, стул обильный, без патологических примесей.

Пациенту назначено: промывание желудка до чистых промывных вод; забор рвотных масс, промывных вод желудка и кала на бак. исследование; внутрь обильное питье: регидрон дробно.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Назовите меры профилактики кишечных инфекций (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику промывания желудка. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие проблемы: тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе, лихорадка.

Потенциальные проблемы: риск развития обезвоживания организма.

Приоритетная проблема: рвота.

План

1. Придать удобное положение при рвоте и наблюдать за внешним видом, измерять АД, пульс.
2. Обеспечить сбор рвотных масс и промывных вод желудка, кала.
3. Проводить обработку полости рта после каждой рвоты.
4. Приготовить все необходимое для промывания желудка и провести его, по назначению врача.
5. Проводить текущую дезинфекцию.
6. Обеспечить больного обильным питьем в виде глюкозо-электролитных растворов: регидрон дробно.
7. Провести беседу о профилактике пищевых отравлений.

2. Назовите меры профилактики кишечных инфекций

Гигиена рук перед едой и после посещения туалета и мест общественного пользования;

Употреблять только кипяченое молоко;
Избегать контактов с больными, страдающими кишечными инфекциями;
Выделить больному личное полотенце и другие предметы гигиены;
Подвергать мясные, рыбные блюда и блюда из яиц тщательной термической обработке;
Не хранить готовые блюда без холодильника более 2 часов, а в холодильнике не более 2 суток;
Не грызть ногти;
Для профилактики кишечных инфекций никогда не употреблять продукцию, качество которой вызывает сомнения.

3. Продемонстрируйте технику промывания желудка.

1. Убедиться, что больной в сознании и адекватно понимает происходящее.
2. Придать правильное положение больному, сидя на стуле (ближе к спинке) или лежа на боку (без подушки под головой).
3. Прикрыть грудь больного фартуком или пеленкой
4. Определить необходимую длину зонда, для проведения процедуры. Для этого с помощью зонда измеряется расстояние, от губ до мочки уха, затем вниз по передней брюшной стенке, до нижнего края мечевидного отростка. Найденную точку следует отметить на зонде, что будет хорошим ориентиром при введении зонда и позволит довести его до нужного места.
5. Объяснить больному, что при введении зонда он может чувствовать тошноту и позывы на рвоту, но если глубоко дышать через нос данные моменты можно подавить. Кроме того зонд нельзя сдавливать зубами и выдергивать.
6. Вымыть руки, надеть перчатки
7. Обильно полить закругленный конец зонда глицерином или вазелиновым маслом
8. Встать справа от больного (если вы правша). Попросить пациента открыть рот и положить закругленный конец зонда на корень языка.
9. Попросить больного сделать несколько глотательных движений (если есть такая возможность), во время которых следует медленно и равномерно продвигать зонд в пищевод. Продвигать зонд до необходимой отметки, в том случае если сопротивление небольшое.
10. Убедиться, что зонд попал в желудок
 - Начало выделения желудочного содержимого при опускании зонда ниже уровня желудка
 - Используя шприц Жане ввести в желудок 20 мл воздуха, при этом выслушивая с помощью фонендоскопа или непосредственно прислонив ухо к брюшной стенке в области желудка характерные звуки.
 - Набрать содержимое из желудка в шприц
11. Присоединить воронку к зонду, затем держа воронку на уровне желудка налить в неё 500-1000мл воды.
12. Затем медленно приподнимите воронку до уровня лица или выше уровня желудка (если пациент лежит). Как только вода достигнет уровня устья воронки, опустить воронку ниже уровня желудка, тогда содержимое желудка начнет выливаться в приготовленную емкость для сбора промывных вод. Первая порция промывных вод отправляется на лабораторные исследования.
 - Когда наливаете воду в воронку, следите, чтоб она полностью не опустошалась, иначе в желудок будет попадать воздух, который затруднит промывание.
13. Повторять процедуру до чистых промывных вод (использовать приготовленные 5-10 литров воды).
14. После окончания процедуры, отсоединить воронку и медленно извлечь зонд, обернув его в салфетку или полотенце.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- Диетотерапия в период реконвалесценции при кишечных инфекциях. Пища должна быть механически и химически щадящая и содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов. Вполне обоснованно из рациона исключаются острые, пряные блюда, копченые продукты, ограничивается употребление грубой растительной клетчатки. Если имеет место нарушение всасывания углеводов, так называемая дисахаридазная недостаточность, то назначается диета, при которой исключается молочный сахар – лактоза. Каши лучше всего готовить на овощных отварах, хорошее действие имеет использование овощных блюд, приготовленных из кабачков, цветной капусты, картофеля. Рекомендуются назначение творожных блюд, трехдневного кефира. Широко применяется назначение лечебного питания, которое содержит кисломолочный лактобактерин, бифи-лакт, ацидидный бифилакт. Можно использовать добавление биологически-активных добавок (БАД), таких как БАД-1Л (с лизоцимом), БАД-1Б (с бифидумбактерином), БАД-2 (с лизоцимом и бифидум-бактерином).
- Специфические бактериофаги. Назначаются в течение 5–7 дней, если патогенный возбудитель выделен повторно.
- Пробиотики. Назначаются от 2 недель до 2–3 месяцев, при условии отмены антибактериальных препаратов.

Задача №19

В пульмонологическом отделении находится пациентка С. 35 лет с диагнозом пневмония нижней доли правого легкого.

Жалобы на резкое повышение температуры, слабость, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель, одышку, выделение мокроты ржавого цвета. Заболела после переохлаждения. В домашних условиях принимала жаропонижающие препараты, но состояние быстро ухудшалось. Пациентка подавлена, в контакт вступает с трудом, выражает опасения за возможность остаться без работы. Объективно: состояние тяжелое, температура 39,50 С. Лицо гиперемировано, на губах герпес. ЧДД 32 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, голосовое дрожание в нижних отделах правого легкого усилено, при перкуссии там же притупление, при аускультации крепитирующие хрипы. Пульс 110 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 100/65 мм рт. ст., тоны сердца приглушены.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Проведите инструктаж пациентки по сбору мокроты для исследования на бак. посев с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам и обучите пациентку правилам пользования карманной плевательницей. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику подачи увлажненного кислорода (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента:

Настоящие: одышка, лихорадка, боль в грудной клетке, слабость, кашель с выделением мокроты.

Потенциальные: риск развития тяжелой дыхательной недостаточности, сердечно-сосудистой недостаточности, плеврита, легочного кровотечения, абсцедирования.

Приоритетные проблемы: лихорадка.

План

1. Измерять температуру тела каждые 2-3 часа.
2. Согреть больную (теплые грелки к ногам, тепло укрыть больную, дать теплый сладкий чай).
3. Обеспечить витаминизированное питье (соки, теплый чай с лимоном, черной смородиной, настоем шиповника).
4. Орошать слизистую рта и губ водой, смазывать вазелиновым маслом, 20% р-ром буры в глицерине трещины на губах.
5. Постоянно наблюдать за больной при бреде и галлюцинациях, сопровождающих повышение температуры.
6. Измерять АД и пульс, частоту дыхания.
7. Обеспечить смену нательного и постельного белья, туалет кожи.
8. Положить пузырь со льдом или холодный компресс на шею и голову при гипертермии.
9. При критическом понижении температуры:
 - приподнять ножной конец кровати, убрать подушку;
 - вызвать врача;
 - обложить теплыми грелками, укрыть, дать теплый чай;
 - приготовить 10% р-р кофеина, 10% р-р сульфокамфокаина;
 - сменить белье, протереть насухо.

2. Проведите инструктаж пациентки по сбору мокроты для исследования на бак. посев с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам и обучите пациентку правилам пользования карманной плевательницей.

I. Утреннюю мокроту (до приема пищи), выделяющуюся во время приступа кашля, собирают в стерильную банку или в стерильный контейнер (бакпечатку) с герметичной крышкой.

Перед сбором материала необходимо почистить зубы и прополоскать рот кипяченой водой с целью механического удаления остатков пищи и микрофлоры ротовой полости.

Если мокрота отделяется в скудном количестве, необходимо накануне сбора материала принять отхаркивающие средства. Можно применять аэрозольную ингаляцию, провоцирующую усиление секреции бронхов или использовать ингаляцию горячего солевого гипертонического раствора в течение 10-20 минут.

Мокроту можно хранить до исследования в холодильнике при 3-5 С° не более 3 часов.

II. Заполнить мокроту на 1/4 объема 3-ним раствором хлорамина, при туберкулезной патологии — 5-ним раствором хлорамина.

После дезинфекции мокроту слить в канализацию, а мокроту от туберкулезных больных сжечь с опилками в специальной печи.

Использованные плевательницы дезинфицировать в 3-ном растворе хлорамина в течение 1 ч. Если плевательницей пользовался туберкулезный пациент, то обработка проводится 5-ним раствором хлорамина в течение 4 ч.

Затем плевательницу следует промыть проточной водой. Хранить в чистом сухом виде в специально отведенном месте.

3. Продемонстрируйте технику подачи увлажненного кислорода.

1. Заполняют подушку кислородом из баллона при показаниях наружного манометра редуктора 2 - 3 атм.
2. Накладывают зажим на трубку подушки, надевают воронку.
3. Обрабатывают воронку 70% спиртом 2 раза с интервалом 15 мин.
4. Оборачивают воронку влажной марлевой салфеткой.
5. Подносят воронку подушки ко рту пациента на расстояние 4 - 5 см или прижимают к его рту.
6. Пациенту советуют дышать спокойно, стараясь делать вдох через рот, а выдох через

нос.

7. При вдохе пациента открывают зажим на трубке кислородной подушки, а при выдохе закрывают, чтобы не было утечки кислорода во внешнюю среду.

8. Продолжают давать кислород таким образом, пока давление газа в подушке больше атмосферного.

9. По мере выхода кислорода из подушки зажим снимают совсем и осуществляют подачу кислорода, скатывая подушку валиком с угла, противоположного трубе, пока в ней есть кислород.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

На первой стадии реабилитации больной пневмонией соблюдает постельный режим.

Через 4 дня в условиях стационара ему назначают упражнения для укрепления легких, которые выполняются только при нормальной температуре тела. Общее самочувствие также должно быть удовлетворительным. Наряду с реабилитационными упражнениями проводятся восстанавливающий массаж и терапевтическое дыхание.

Терапевтическая гимнастика может состоять из нескольких упражнений. Так, больной может лежать на спине или сидеть на краю койки со свешенными ногами, выполняя поворотные движения или наклоны. Затрагивая все группы мышечной ткани и конечностей, такие упражнения становятся профилактикой развития спаек в плевре. Если больной будет кашлять на выдохе, медсестра в это время может сжимать его грудную клетку, что приводит к расправлению легких.

Вторая стадия проводится в палатном режиме, и больной уже может ходить. Упражнения, выполняемые ранее, дополняются более сложными, – тренирующими дыхание и мышечные ткани. Назначаются воздушные ванны и ходьба на месте и в пределах палаты.

Особенности проведения реабилитации после пневмонии в домашних условиях

При наличии положительного терапевтического эффекта, но не ранее, чем через 2 недели, пациента переводят на свободный режим. В этот период для переболевшего человека становится важным выполнение 2 задач:

вернуть дыхательной системе нормальное функционирование при помощи специальных физических упражнений (например, дыхательная гимнастика);

приспособить ослабевший организм к привычным для него нагрузкам.

Под реабилитацией после пневмонии в домашних условиях подразумеваются и такие мероприятия, как:

массаж;

прогулки;

терапевтические упражнения, при которых задействуются все группы мышц.

Задача №20

Пациент находится в хирургическом отделении по поводу аппендэктомии. Оперирован 3 дня назад. Послеоперационное течение без особенностей. Однако к вечеру 3-его дня поднялась температура до 37,8° С, появилось недомогание, озноб, пульсирующие боли в области послеоперационной раны. При осмотре послеоперационного шва отмечается отек, покраснение, 3 шва прорезались.

Задания

1 Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)

2. Назовите ранние послеоперационные осложнения(У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Собрать набор инструментов для снятия швов с раны. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Настоящие проблемы пациента: пульсирующая боль в области послеоперационной раны, повышение температуры, покраснение и отек краев раны, нарушение целостности кожных покровов (послеоперационная рана).

Приоритетная проблема: пульсирующая боль в области послеоперационной раны вследствие нагноения.

План

1. М/с вызовет врача.
2. М/с обработает, по назначению врача, кожу вокруг раны.
3. М/с, по назначению врача, обработает края раны спиртсодержащими антисептиками, снимет швы, наложит повязку с гипертоническим раствором.
4. М/с обеспечит наблюдение на больным (пульс, ЧДД, температуру, АД).
5. По назначению врача, обеспечит курс противовоспалительной терапии.

2. Назовите ранние послеоперационные осложнения

Для больного, доставленного из операционной, медицинская сестра готовит функциональную кровать с учетом характера проведенной операции и видом обезболивания.

Для профилактики осложнений после наркоза, пациента укладывают в положение на спине, без подушки, голова повернута набок в течение двух часов.

После местного обезболивания необходимо помнить о профилактике рвоты.

Для предупреждения вторичного кровотечения на область раны положить пузырь со льдом.

Оценка состояния пациента каждые 30 мин (цвет кожных покровов, слизистых, измерение ЧДД, АД, пульса),

Оценка состояния повязки (намокание кровью).

Все полученные данные регистрируются в листе наблюдения за пациентом и сообщаются врачу.

Наготове должны быть: одноразовая система для трансфузий, препараты для остановки кровотечения.

3. Собрать набор инструментов для снятия швов с раны

1. Стерильный лоток
2. Корцанг
3. Ножницы
4. Пинцеты
5. Растворы йодоната, спирта
6. Стерильный перевязочный материал.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация после аппендицита будет более быстрой, если в течении суток-двух избегать физических нагрузок, в том числе, и ходьбы. Важно приучить свой организм во время смеха, кашля или чиханья придерживать живот рукой, чтобы не разошлись швы.

При первых подъемах с кровати для снятия болевого симптома можно в качестве поддержки использовать подушку.

После операции врачи приписывают обезболивающие, но если и после их приема боль не проходит, стоит обратиться к врачу.

Следует соблюдать определенную диету. После удаления воспалившегося отростка в первые сутки разрешено употреблять лишь воду и обезжиренный кефир. Сейчас организму нужны продукты, которые не создают ощущения тяжести в кишечнике.

Кисломолочные продукты стоит употреблять ежедневно еще и для того, чтобы восстановить микрофлору кишечника после наркоза и антибиотиков.

Пополнить запасы витамина С можно на 7 день после перенесенной операции. Кстати, именно этот витамин способствует более быстрому заживлению ран. Правильно употреблять пищу маленькими порциями, не чаще, чем через 2,5 часа после последнего приема.

После операции необходимо забыть о физических нагрузках на 2 месяца. Через 2-3 месяца после операции можно наносить на кожу противорубцовый крем для быстрого заживления и рассасывания шрама.

Задача №21

Пациентка, 60 лет, поступила на стационарное лечение в кожное отделение клиники с диагнозом: опоясывающий лишай.

Жалобы на недомогание, слабость, стреляющие жгучие боли в правой половине поясницы, появление сыпи, высокую температуру, нарушение сна.

Объективно: в области поясницы справа на эритематозном фоне множество сгруппированных везикулезных элементов, размером 2-5 мм. Температура 37,80. Пульс частый, ритмичный. АД 110/60. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Задания

1 Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)

2. Перечислите факторы, способствующие возникновению герпеса и профилактику простудных вирусных заболеваний (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациентки

Настоящие: лихорадка, высыпания на коже, нарушение сна, повышенная раздражительность, невралгические боли.

Потенциальные: риск присоединения вторичной инфекции, длительные невралгические боли.

Приоритетная проблема: невралгические боли и высыпания на коже.

План

1. Обеспечить физический и психический покой
2. По назначению врача при болях дать обезболивающие средства
3. Не допускать контакта больной с детьми
4. Запретить водные процедуры
5. Чаше менять постельное и нательное белье

2. Перечислите факторы, способствующие возникновению герпеса и профилактику простудных вирусных заболеваний.

Причины, вызывающие «пробуждение» вируса:

Прием препаратов, снижающих иммунитет (кортикостероидные гормоны, иммунодепрессанты).

Хронические стрессы и переутомление.

Онкологические заболевания: лимфогранулематоз и другие опухоли.

Последствия лучевой терапии.

ВИЧ-инфекция и СПИД.

Профилактика вирусных инфекций бывает специфичной и неспецифичной.

- специфическая профилактика – проводится вакцинация с целью развития иммунитета

против определенного вируса (вакцинация от вирусного гепатита В в календаре прививок, вакцинация против гриппа в эпидсезон).

- неспецифическая профилактика – направлена на усиление иммунитета в целом, а не только против определенного вируса (режим труда и отдыха, правильное питание, растительные препараты).

Учитывая особенности патогенеза и лечения вирусных инфекций, на первый план

выходит их профилактика, особенно при ВИЧ СПИД и вирусных гепатитах.

3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции.

Приготовьте: шприц с раствором антибиотика и иглой для в/м инъекций, стерильные ватные шарики, спирт.

- Удалите воздух из шприца, придерживая канюлю указательным пальцем.
- Возьмите шприц в правую руку так, чтобы 5-й палец был на канюле иглы, а 1-й, 3-й и 4-й палец – на цилиндре, 2-й – на ободке.
- Пропальпируйте место инъекции.
- Обработайте место инъекции ватным тампоном, смоченным спиртом, делая мазки в одном направлении.
- Закрепите ватный шарик между 4 и 5 пальцем левой руки.
- Свободными пальцами левой руки растяните кожу в области инъекции.
- Держа шприц перпендикулярно, под углом 90 град., введите иглу в мышцу, оставляя 0,5-1 см от канюли.
- Перенесите левую руку на поршень и введите лекарственное средство убедившись, что игла не попала в кровеносный сосуд.
- Извлеките иглу, место вкола прижмите ватным шариком, смоченным спиртом на 15 сек., слегка массируя.
- Использованный ватный шарик поместите для дезинфекции в 3% раствор хлорамина на 1 час, шприц и иглу в емкость № 1 для удаления остатков лекарственного средства и крови.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Важным этапом является реабилитация больных — после перенесенного опоясывающего лишая. В этот период используют витамины, адаптогены. При упорной невралгии (сохраняющейся нередко длительно — после регресса сыпи) назначают витамины группы В, С, РР, А, Е. Проводят фонофорез мазей: 50% интерфероновой, индометациновой, 10% новокаиновой; иногда прибегают к местной новокаиновой блокаде. Эффективной может оказаться рефлексотерапия.

При рецидивах опоясывающего лишая необходимо тщательное обследование больного — в целях выявления причин этого (иммуносупрессия, новообразования, ВИЧ-инфекция и др.).

Задача №22

На прием к участковому педиатру обратилась мать с ребенком 4-х лет.

После осмотра был выставлен диагноз: энтеробиоз.

Жалобы на зуд в перианальной области, боли в животе, снижение аппетита, тошноту, нарушение сна, отмечается также ночное недержание мочи. Девочка со слов матери стала капризной, раздражительной. Заболела около 2-х недель назад.

Девочка активная, кожные покровы бледные, живот мягкий, слегка болезненный при пальпации вокруг пупка, вокруг ануса следы расчесов.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Объясните матери необходимость соблюдения санэпидрежима и обучите ее методам профилактики энтеробиоза. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте взятие мазка на энтеробиоз (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента: тревожный сон из-за зуда в ночное время, вызываемого острицами; расчёсы в области ануса.

Приоритетная проблема: тревожный сон из-за зуда в ночное время, вызываемого

острицами.

План

1. М/с проведет беседу с матерью о заболевании, способах заражения.
2. М/с проведет с матерью беседу о гигиене постельного белья (необходимости каждодневной смены его или проглаживания утюгом) и ежедневной влажной уборке помещения.
3. М/с порекомендует остричь ногти ребенку, подмывать его каждый вечер и утро, менять ежедневно нательное белье.

2. Объясните матери необходимость соблюдения санэпидрежима и обучите ее методам профилактики энтеробиоза.

Для энтеробиоза очень важна гигиена и строгое соблюдение определенных правил. Прежде всего, необходимо прививать детям навыки гигиены, не разрешать брать в рот пальцы, игрушки и грызть ногти. Необходимо часто мыть руки с мылом, намыливая их как минимум дважды и хорошо смывая пену. По утрам и вечерам необходимо тщательно подмывать ребенка, либо научить его делать это самостоятельно. Постоянно нужно следить за длиной ногтей, остригать их как можно короче.

На ночь необходимо надевать ребенку плотные трусики с резинками на бедрах, что не даст возможности чесаться и разносить яйца паразита по кровати и под ногти

3. Продемонстрируйте взятие мазка на энтеробиоз

Подготовка к процедуре:

1. Объясните маме и ребенку ход предстоящей процедуры;
2. Оформите направление в лабораторию;
3. Уложите ребенка на бок;
4. Обработайте руки, наденьте перчатки.

Выполнение процедуры:

1. В правую руку возьмите тампон, смоченный в глицерине
2. Первым и вторым пальцем левой руки раздвиньте ягодицы ребенка
3. произведите тампоном соскоб с поверхности перианальных складок, после чего ребенок может занять удобное положение.
4. Материал с тампоном поместить в пробирку.

Окончание процедуры

1. Снимите перчатки, вымойте руки;
2. Доставьте материал с направлением в лабораторию.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Ежедневно необходимо менять нательное белье детей, часто менять постельное белье, и детское белье стирать с температурой не менее 60 градусов. Важно проглаживать его утюгом после стирки.

В доме необходимы частые влажные уборки со сменой воды, дезрастворами и прополаскиванием тряпок под проточной водой. При уборке необходимо применение средств, убивающих яйца паразитов – моющий порошок или сода. Это необходимо потому, что яйца имеют липкое покрытие и легко оседают на полах и игрушках, на поверхностях мебели и т.д.

Задача № 23

В послеоперационной палате находится пациент после резекции желудка по поводу язвенной болезни. К концу первых суток состояние больного ухудшилось, жалуется на усиление боли в животе, икоту.

Объективно. Общее состояние средней тяжести. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот вздут, дыхание затруднено, перистальтика кишечника не прослушивается, газы не отходят.

Задание

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2

ОК3 ОК7 У5 У1 31)

2. Назовите основные клинические симптомы непроходимости кишечника (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Перечислите оснащение, необходимое для постановки газоотводной трубки, поставьте ее на муляже. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие: сильная боль в животе; икота;задержка газов и стула; нарушение целостности кожных покровов (послеоперационная рана);обложенный язык; дефицит двигательной активности из-за операции; дефицит самоухода.

Потенциальные: риск развития стойкой атонии кишечника.

Приоритетная: задержка стула и газов у пациента в послеоперационном периоде.

План

1. Вызвать врача.

2. Приподнять головной конец кровати (положение Фаулера).

3. По назначению врача:

Для ликвидации застойных явлений в легких

- ввести назогастральный зонд в желудок и промыть его 2% раствором соды (50-100 мл)

Для отсасывания содержимого желудка

- ввести в/в гипертонический раствор хлорида натрия,

- ввести в/м прозерин,

Для стимуляции работы кишечника

- поставить гипертоническую клизму, затем газоотводную трубку

Для отхождения газов и каловых масс

- помочь врачу выполнить околопочечную новокаиновую блокаду (0,25% раствор новокаина по 80 мл с каждой стороны)

4. Вести наблюдение за назогастральным зондом, газоотводной трубкой.

5. Проводить дыхательную гимнастику.

2. Назовите основные клинические симптомы непроходимости кишечника

- сильные, схваткообразные или постоянные боли в животе, возникающие внезапно, вне зависимости от приема пищи, не имеющие конкретной локализации;

- вздутие живота;

- неукротимая рвота (чем выше уровень непроходимости, тем сильнее выражена рвота);

- задержка стула и газов (при высокой непроходимости сначала может быть стул за счет опорожнения кишечника ниже уровня препятствия).

3. Перечислите оснащение, необходимое для постановки газоотводной трубки, поставьте ее на муляже.

Оснащение; Стерильная газоотводная трубка, вазелин, шпатель, судно, туалетная бумага, марлевые

салфетки, перчатки, ширма, впитывающая пеленка (клеенка), непромокаемый мешок.

Этапы

1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если это возможно) и получить его согласие на ее проведение.

2. Отгородить пациента ширмой (если процедура выполняется в многоместной палате)

3. Надеть перчатки.

4. Положить на матрац клеенку, а на нее пеленку (или впитывающую пеленку)

5. Предложить или помочь пациенту лечь на левый бок с согнутыми и приведенными к животу ногами.

6. Поставить на моющийся стул рядом с пациентом судно с небольшим количеством воды.

7. Смазать вазелином закругленный конец трубки на протяжении 20-30 см
8. Перегнуть трубку, зажать ее свободный конец 4 и 5 пальцами правой руки, а закругленный конец взять, как ручку.
9. Раздвинуть ягодицы 1 и 2 пальцами левой руки, ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.
10. Опустить свободный конец трубки в судно (продолжительность процедуры определяется
11. врачом)
12. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезраствором. Вымыть и осушить руки.
13. Обеспечить безопасность пациенту, если он лежит на краю кровати. Укрыть. Оставить его в уединении.
14. По истечении заданного времени надеть перчатки отвернуть одеяло, извлечь трубку и поместить ее в емкость с дезинфицирующим раствором.
15. Обработать анальное отверстие пациента туалетной бумагой (у женщин в направлении спереди-назад)
16. Убрать клеенку и пеленку. Сбросить их в непромокаемый мешок. Снять перчатки, погрузить в емкость с дезраствором. Вымыть и осушить руки.
17. Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть его. Убрать ширму.
18. Медсестре сделать запись в документации о выполненной манипуляц

4.Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Основная задача, решаемая при реабилитации – освоение выздоравливающим рефлекса регулярного опорожнения кишечника оформленными массами кала. Это достигается точным пониманием соответствия качества и количества пищи. Больной очень твердо должен знать, какие продукты, в каком виде и количестве влияют на функцию его личного кишечника и на него самого. Например, Для сгущения кала, к примеру, хороши крутые рисовые или гречневые каши, а для для разжижения стула – свежие фрукты, простокваша, кефир, вареная свекла, чернослив. А что конкретно, как и в каких количествах нужно ему самому, с помощью врача должен, все-таки, определить больной, например, с помощью ведения дневника

Задача №24

Женщина обратилась в детскую поликлинику с ребенком 4,5 мес. с диагнозом: экссудативно-катаральный диатез.

Ребенок находится на естественном вскармливании, получает апельсиновый сок, манную кашу на цельном молоке, 1/2 часть яичного желтка ежедневно.

При осмотре: себорея, за ушами значительное мокнутие, краснота, зуд.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Назовите основные причины экссудативно-катарального диатеза (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику обработку кожных покровов. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациента: изменение кожных покровов, зуд, мокнутие из-за проявления заболевания; риск из-за употребления в пищу продуктов питания, способствующих развитию заболевания.

Приоритетная проблема: риск из-за употребления в пищу продуктов питания, способствующих развитию заболевания.

План

1. М/с обучит мать вести «пищевой дневник»
2. М/с объяснит матери, что нужно исключить из питания непереносимые продукты
3. М/с поможет матери составить меню
4. М/с объяснит, как проводить лечебную ванну
5. М/с обучит мать навыкам ухода за ребенком:
 - применение мази
 - обработка кожи

2. Назовите основные причины экссудативно-катарального диатеза

Большое значение придаётся наследственности. Также фактором риска являются неблагоприятное течение беременности, инфицированность и массивная медикаментозная терапия, нерациональное питание во время беременности (в питании беременной в большом количестве присутствовали аллергены: цитрусы, шоколад, мясо куры и т. д.) нерациональное питание матери и искусственное вскармливание новорождённого. Причинами развития диатеза могут стать различные заболевания и переохлаждение малыша.

3. Продемонстрируйте технику обработку кожных покровов.

Необходимо ежедневно осматривать подмышечные впадины, область ягодиц, особенно подверженные опрелостям и гнойничковым заболеваниям. Указанные места после обмывания промокают мягким полотенцем или салфеткой. Смазывать маслом (специальные частично минерализованные детские масла, вазелиновое, простерилизованное подсолнечное) или детским кремом нужно только тогда, когда имеется сухость кожи, появляются краснота и раздражение. В этих случаях можно использовать и специальные косметические средства для новорождённых, содержащие пантенол, цинк, экстракты трав (календулы, ромашки, алоэ, череды). Обилие средств и приспособлений для ухода за младенцем позволяет сохранять кожу малыша бархатистой, гладкой, хорошо пахнущей.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с симптоматическим лечением путем нормализации водно-минерального обмена и КОС под контролем биохимических исследований, а также ликвидации гиповитаминозов и функциональной недостаточности надпочечников.

Поздняя реабилитация и восстановительное лечение заключаются в организации рационального вскармливания с добавлением БАД и витаминов, а также пищеварительных ферментов (при расстройстве стула)

Задача №25

Пациент М., 68 лет, госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом аллергическая бронхиальная астма средней степени тяжести, приступный период. Предъявляет жалобы на периодические приступы удушья, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты. Отмечает некоторую слабость, иногда головокружение при ходьбе.

Врач назначил пациенту ингаляции сальбутамола при приступах. Однако сестра выяснила, что пациент допускает ряд ошибок при применении ингалятора, в частности забывает встряхнуть перед использованием, допускает выдох в ингалятор, не очищает мундштук от слюны и оставляет открытым на тумбочке. По словам пациента, инструкция набрана очень мелким шрифтом и непонятна.

Дыхание с затрудненным выдохом, единичные свистящие хрипы слышны на расстоянии. Частота дыхания 20 в минуту, пульс 86 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)

2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи при приступе бронхиальной астмы (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
- 3.Продемонстрируйте правила пользования карманным ингалятором. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринского ухода

Проблемы пациента:

Не умеет правильно пользоваться карманным ингалятором.

Риск падений.

Неэффективно откашливается мокрота.

Приоритетная проблема: не умеет правильно пользоваться карманным ингалятором.

План

1. Беседа о правилах пользования ингалятором
2. Демонстрация ингалятора и правил обращения с ним
3. Адаптация имеющейся инструкции к уровню понимания гериатрического пациента и запись крупным шрифтом.
4. Контроль за правильностью применения ингалятора

2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи при приступе бронхиальной астмы

1. Принять удобную позу, расслабиться, снять или расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить доступ свежего воздуха.
2. По возможности установить причину приступа и удалить ее.
3. Нетяжелый приступ бронхиальной астмы можно купировать горячей ножной или ручной ванной, горчичниками и приемом противоастматических препаратов, которыми обычно пользуется больной
4. Дать теплое обильное питье. Пить маленькими частыми глотками.
5. Сделать ингаляцию бронхорасширяющего лекарства.

Медицинская помощь:

1. Подкожно вводят 0,5 — 0,75 мл 0,1% раствора адреналина, эффект наступает обычно через 5 — 10 мин..
2. При приступе бронхиальной астмы вводят также эфедрин, бронхолитическое действие которого наступает через 20 — 30 мин после подкожного введения 1 мл его 5% раствора.
3. При тяжелом астматическом состоянии введением эфедрина не всегда удается добиться полной ликвидации приступа. Для купирования приступа бронхиальной астмы делают подкожные инъекции 0,5 — 1 мл 0,1% раствора атропина в сочетании с эфедрином или адреналином.

3.Продемонстрируйте правила пользования карманным ингалятором.

1. Встряхнуть ингалятор перед использованием.
2. Сделать глубокий выдох. Мягко обхватить мундштук ингалятора губами (зубы как бы прикусывают ингалятор).
3. Начать медленно вдыхать.
4. Сразу после начала вдоха один раз нажать на ингалятор.
5. Медленно продолжить вдох до максимума.
6. Задержать дыхание на 10 секунд или при невозможности так долго - задержать дыхание насколько возможно, желательно не вынимать ингалятор изо рта.
7. Сделать выдох через рот.
8. Повторная ингаляция не ранее чем через 30 секунд.
9. Прополоскать рот водой.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

На стационарном этапе:

- медикаментозная терапия (в/в введение эуфиллина, преднизолона, инфузионную

терапию),

- перкуссионный массаж грудной клетки для облегчения отхождения мокроты.
- ингаляции бронхолитиков (эуфиллина), муколитических препаратов (ацетилцистеин), УВЧ-, ДМВ-, СМВ-терапию, индуктотермию на грудную клетку с противовоспалительной целью. Ультразвуковая терапия на грудную клетку, кроме достижения противовоспалительного эффекта, способствует разжижению и выделению мокроты, уменьшению спазма бронхов.

- после купирования приступа применяется весь арсенал ЛФК - общеукрепляющие упражнения для туловища и конечностей, упражнения на расслабление, дыхательные упражнения с плавным удлиненным выдохом, упражнения с кратковременной волевой задержкой дыхания после обычного выдоха, упражнения с произнесением звуков, тренировки, направленные на произвольную регуляцию дыхания для обучения правильному ритму, упражнения для удаления избыточного остаточного воздуха из легких.

- показан массаж грудной клетки.

На поликлиническом этапе:

- больные бронхиальной астмой подлежат диспансерному наблюдению по группе Д III диспансерного учета.

- контрольные осмотры проводятся от 2-3 раз в год (при легком и среднетяжелом течении бронхиальной астмы) до 1 раза в 1-2 мес (при тяжелом течении бронхиальной астмы) терапевтом и пульмонологом, проводятся консультации аллерголога, ЛОР, гинеколога, психотерапевта, стоматолога 1 раз в год, эндокринолога по показаниям. Обследование включает анализ крови, мокроты, мочи; спирография проводится 2-3 раза в год, флюорография и ЭКГ 1 раз в год; аллергологическое обследование, бронхоскопия

На санаторном этапе:

- широко используют климатотерапию - длительное пребывание на открытом воздухе, продолжительные прогулки. Чистота и ионизация воздуха, сниженное количество аллергенов, умеренная влажность воздуха создают благоприятный фон для улучшения функции бронхолегочной системы.

- воздушные ванны, гелиотерапия и купание в открытых водоемах способствуют закаливанию и оказывают гипосенсибилизирующее действие. Бальнеотерапия включает сероводородные и углекислые ванны.

- грязелечение (аппликация озокерита, лечебной грязи) с противовоспалительной целью.

- аппаратная физиотерапия (высокочастотную терапию, магнитотерапию, лазеротерапию, галотерапию, электрофорез кальция, фонофорез гидрокортизона, аэроионотерапию) с целью уменьшения обструкции бронхов, гипосенсибилизации, рассасывания остатков воспаления.

Задача №26

В стационар доставлен пациент с травмой грудной клетки. Пациент жалуется на боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка нарастает с каждым вдохом. Из анамнеза: получил ножевое ранение в драке.

Объективно: состояние тяжелое, лицо цианотично, на грудной клетке справа рана размером 2х0,5 см, пенящееся кровотечение. Пульс 100 в мин., ЧДД 26 в мин., АД 100/70 мм рт. ст., температура 36,8° С.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)

2. Назовите основные клинические симптомы и неотложную помощь при открытом пневмотораксе. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)

3. Продемонстрируйте технику дренирование плевральной полости с помощью банки Боброва. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие: боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, нарастающая одышка.

Приоритетная проблема: боль в грудной клетке.

План

1. М/с вызовет врача.
2. М/с обработает кожу вокруг раны спиртом и наложит окклюзионную повязку.
3. М/с, по назначению врача, введет обезболивающие препараты.
4. М/с придаст пациенту положение полусидя, подаст увлажненный кислород.
5. М/с подготовит больного к экстренной операции.
6. М/с осуществит наблюдение на больным (пульс, ЧДД, температуру, АД).

2. Назовите основные клинические симптомы и неотложную помощь при открытом пневмотораксе.

1. Болезнь начинается остро после физического напряжения, приступа кашля или без видимых причин с резкой колющей боли в грудной клетке, отдающей в шею, верхнюю конечность, иногда в верхнюю половину живота, усиливающейся при дыхании, кашле или движениях грудной клетки, затруднения дыхания, сухого кашля.
2. Больной дышит часто и поверхностно, имеется сильная одышка, ощущает «нехватку воздуха». Проявляется бледность или синюшность (цианоз) кожных покровов, в частности лица.
3. Больной лежит на стороне повреждения, плотно прижимая рану. При осмотре раны слышен шум присасывания воздуха.
4. Из раны может выделяться пенная кровь. Движения грудной клетки асимметричны.

Неотложные мероприятия при спонтанном пневмотораксе должны быть направлены на устранение дыхательной, сердечной и сосудистой недостаточности. При оказании первой помощи на догоспитальном этапе больному следует:

1. Придать положение полусидя с опорой для спины или лежа с поднятым головным концом носилок;
2. Открыть окно, расстегнуть одежду и поясной ремень, чтобы облегчить дыхательные экскурсии грудной клетки и диафрагмы.
3. Плевральную полость пунктировать и удалить из нее не менее 500 - 600 мл воздуха. (отсутствии такого отделения) - в общехирургическое.
4. Во время транспортировки необходимо предусмотреть условия, обеспечивающие возможность свободного дыхания: приподнятое положение или полусидя, свежий воздух, ингаляции кислорода. При наличии осложнений больного направляют в операционную (перевязочную), минуя приемное отделение.
5. Следует возможно реже перекладывать больного с одних носилок на другие.
6. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-легочную реанимацию.
7. Купирование болевого синдрома — ненаркотические анальгетики.
8. При выраженном болевом синдроме допустимо использование наркотических анальгетиков:
9. При развитии бронхоспазма - Сальбутамол 2,5 мг через небулайзер в течение 5—10 мин. При не удовлетворительном эффекте ингаляцию повторить через 20 мин.
10. Контроль показателей гемодинамики и сатурации крови кислородом.

3. Продемонстрируйте технику дренирование плевральной полости с помощью банки Боброва.

Показани: дренирование плевральной полости.

Оснащение:

- стерильный лотокжницы
- зажимы
- аппарат Боброва
- зажимы
- пинцеты
- шелковая нить
- раствор фурациллина
- напаличник резиновый
- резиновые перчатки

Налить в емкость аппарата Боброва раствор фурациллина.

Налить на длинную стеклянную трубку до 200 мл.

Надеть на длинную стеклянную трубку резиновый напаличник с помощью пинцета.

Закрепить напаличник шелковой нитью.

Надрезать ножницами свободный конец напаличника на 1 см.

Опустить стеклянные трубки на пробке в аппарат Боброва.

Закрывать аппарат герметической пробкой.

Надеть резиновые перчатки.

Подсоединить к длинной стеклянной трубке, выходящей из отверстия пробки, свободный конец дренажа от пациента.

Снять зажим с дренажа пациента.

Оставить открытой короткую стеклянную трубку аппарата Боброва.

Поставить аппарат ниже уровня постели пациента на подставку.

Слетить за наполнением аппарата.

Снять перчатки и опустить в емкость с дезинфицирующим раствором.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Для ускорения процессов восстановления можно прибегнуть к помощи физиотерапевтических процедур. Такие процедуры основаны на воздействии тепла на пораженные участки, что значительно улучшает их кровоснабжение. Таким образом удастся улучшить обменные процессы в месте ушиба, и ускорить его заживление. Лечебная гимнастика (с 3–6 дня после травмы) направлена на улучшение функции сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, стимуляцию процессов регенерации в поврежденных тканях, адаптацию организма к постепенно возрастающей нагрузке, коррекцию осанки. В процедуру включают упражнения для крупных мышечных групп и суставов (динамического и статического характера), дыхательные и корригирующие упражнения, выполняемые больным в исходном положении сидя и стоя. Упражнения выполняют в спокойном темпе, без резких, рывковых движений, предоставляя паузы для отдыха. Каждое упражнение повторяют не более 8-12 раз. Занятия продолжаются по 12–15 мин 2–3 раза в день.

Задача №27

Ребенок, 6 лет поступила в стационар с диагнозом: скарлатина, среднетяжелое течение. Общее состояние средней тяжести, температура тела 37,6° С. Девочка жалуется на боли в горле, головную боль. Почти ничего не ест и не пьет, так как при глотании усиливается боль в горле. Мать пытается кормить ребенка насильно. На гиперемированном фоне

кожных покровов обильная, мелкоточечная сыпь. Пульс 130 ударов в 1 мин., тоны сердца приглушены. Кончик языка сосочковый. Язык обложен густым белым налетом. В зеве яркая ограниченная гиперемия, рыхлые миндалины, гнойные налеты на них. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Девочке назначено полоскание горла раствором фурацилина, но она отказывается полоскать, так как не умеет.

Задания

1 Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)1.

2. Объясните матери, как необходимо правильно кормить ребенка при скарлатине(У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Подготовьте ребенка к взятию мазка из зева и носа. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента: мать не представляет, как правильно кормить больного ребенка, ребенок не умеет полоскать горло фурацилином.

Приоритетная проблема: девочка не умеет полоскать горло фурацилином.

План

1. Медсестра обучит девочку полоскать зев фурацилином. Убедит в необходимости регулярно полоскать зев

2. Медсестра и мать будут контролировать кратность и правильность полосканий зева ребёнком

2. Объясните матери, как необходимо правильно кормить ребенка при скарлатине.

Какой-либо специальной диеты при скарлатине соблюдать не требуется. Можно кормить ребенка любыми блюдами и продуктами, которые он соглашается употреблять. Однако с точки зрения наименьшей нагрузки на пищеварительную систему рекомендуется кормить различными легкоусвояемыми продуктами, такими как:

4. Отварные или приготовленные на пару овощи (например, картофель, кабачки, тыква, морковь, капуста белокочанная, брокколи, капуста цветная и т.д.);
5. Молочно-кислые продукты (йогурты, ряженка, кефир, творог, сметана и т.д.);
6. Нежирное отварное мясо (например, говядина, крольчатина, курятина, индюшатина и т.д.); Нежирные бульоны или овощные отвары;
7. Свежие фрукты и ягоды.

Все готовые блюда для ребенка должны быть мягкими или полужидкими, чтобы не вызывать дополнительных болевых ощущений в процессе проглатывания пищи. На продуктах не должно быть плотной корочки, которую ребенку будет трудно разжевывать и больно проглатывать. Если у малыша сильно болит горло, то можно давать ему мороженое, которое уменьшит болевые ощущения и, вопреки распространенному мнению, не утяжелит течение скарлатины.

3. Техника взятия мазка из зева и носа.

Мазок из зева

Оснащение. Стерильный шпатель; стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через пробку стержнем с ватным тампоном на конце (готовит бактериологическая лаборатория); направление в бактериологическую лабораторию.

Техника взятия мазка

1. Осматривают полость рта. Обращают внимание на язык, миндалины, зев. Определяют место взятия отделяемого на исследование.
2. Осторожно придерживая пробку, извлекают стержень из пробирки, не касаясь ее

наружных стенок и окружающих предметов. Пробирку ставят в штатив.

3.левой рукой I, II и III пальцами берут шпатель. Просят пациента открыть рот.

Прижимают шпателем язык, вводят тампон в полость рта и снимают отделяемое с определенного места.

4. Осторожно и быстро извлекают тампон из полости рта и, не касаясь наружных стенок пробирки и окружающих предметов, опускают его в пробирку.

5. В направлении указывают время взятия отделяемого.

6. Пробирку с направлением доставляют в лабораторию не позднее 2 ч с момента забора.

7. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

Мазок из носа

Оснащение. Стерильная пробирка с пробкой и пропущенным через нее стержнем с ватным тампоном на конце, промаркированная буквой «Н»; направление в бактериологическую лабораторию; штатив.

Техника взятия мазка из носа:

1. Усаживают (укладывают) пациента, просят слегка запрокинуть голову.

2.левой рукой берут из штатива пробирку, а правой извлекают стержень с тампоном.

Сделать это нужно аккуратно, не касаясь тампоном окружающих предметов.

3. Пробирку ставят в штатив.

4.левой рукой приподнимают кончик носа пациента, а правой легкими вращательными движениями вводят тампон в нижний носовой ход с одной стороны, а затем с другой на глубину 1,5 - 2,0 см.

5. Извлекают тампон и быстро опускают в пробирку, не касаясь ее наружных стенок.

6. Отправляют пробирку в бактериологическую лабораторию, указав время взятия мазка.

Примечание. Мазок должен быть доставлен в лабораторию не позднее чем через 2 ч после взятия. Лабораторные исследования относятся к дополнительным методам и являются одной из важнейших частей обследования пациента. В ряде случаев данные лабораторных исследований оказывают решающее значение для постановки диагноза. Результаты дополнительных исследований во многом зависят от правильности подготовки пациентов. Часть исследований проводится всем без исключения пациентам, отдельные исследования осуществляются строго по показаниям в зависимости от диагноза.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

При заболевании скарлатиной с первых дней болезни необходимо полноценное и достаточное питание, содержащее все пищевые вещества в количествах, удовлетворяющих потребности роста и развития организма больного ребенка. Рацион должен быть разнообразным и содержать продукты как растительного, так и животного происхождения, в том числе мясо, рыбу, птицу. При улучшении процесса в зеве кулинарная обработка продуктов должна соответствовать возрасту ребенка.

Потребность детей в витаминах может быть удовлетворена за счет полноценного, и разнообразного набора продуктов. При недостатке свежих овощей и фруктов в целях избежания дефицита витамина С необходимо использовать отвар плодов шиповника или аскорбиновую кислоту.

При высокой температуре больной должен получать достаточное количество жидкости (чай, вода, морс, фруктовые, ягодные, овощные соки). Режим питания назначается в зависимости от возраста ребенка и его состояния. Тяжелобольных детей нужно кормить чаще, 6—7 раз в день. В период выздоровления питание должно быть 4—5 раз в день. При достаточном потреблении белка (не менее 2,5 г/кг веса) нарушение обмена азота в растущем организме не отмечается.

При осложнении миокардитом больному скарлатиной назначается лечебная физкультура – как одно из средств компенсации недостаточности кровообращения, улучшения обменных процессов в миокарде, а также как средство неспецифической стимулирующей терапии. Методика определяется назначенным двигательным режимом, возрастом ребенка и уровнем его двигательных навыков. Упражнения направлены на

улучшение коронарного кровотока; к ним относятся упражнения дыхательные статические и динамические, активные – для малых мышечных групп, пассивные – для средних и крупных мышц.

Задача №28

Пациентка Г., 68 лет, доставлена в терапевтическое отделение машиной скорой помощи с диагнозом левосторонний экссудативный плеврит. Предъявляет жалобы на слабость, сухой сильный приступообразный кашель, субфебрильную температуру. Плохо спит с первых дней заболевания - не может заснуть до 2-3-х часов утра, оставшееся время дремлет с перерывами. Утром чувствует себя разбитой, болит голова. Раньше проблем со сном не было, связывает их появление с болезненным насадным кашлем.

Температура 37° С. Частота дыхания 20 в минуту, пульс 80 в минуту, удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст.

Задания

2. Назовите причину и основные симптомы плеврита (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Подготовьте все необходимое для плевральной пункции. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода

Проблема пациентки: не может спать из-за сильного сухого кашля.

План

1. М/с рекомендует пациентке теплое питье, успокоительный фиточай за 30 минут до сна.

2. М/с обучит пациентку самостоятельному проведению ингаляций (масляные, эвкалиптовые)

3. М/с информирует о правильном приеме противокашлевых средств по назначению врача

2. Назовите причину и основные симптомы плеврита

Плеврит представляет собой патологическое состояние, осложняющее течение различных процессов как в легких, так и в прилежащих к плевре образованиях (диафрагма, средостение, грудная стенка). Он может являться проявлением системных заболеваний (ревматизм, красная волчанка...)

Сухой плеврит – боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле. Уменьшается при лежании на больной стороне. При осмотре – отставание пораженной части грудной клетки в акте дыхания.

3. Подготовьте все необходимое для плевральной пункции.

1. Перевязочный материал;
2. Игла для плевральной пункции с резиновой трубкой;
3. Пинцет;
4. Зажим Бильрота;
5. Шприц 20 гр. ;
6. Шприц Жане;
7. Раствор новокаина 0,25%, антибиотики, спирт, ;
8. Пробирки.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

На постельном режиме при экссудативном плеврите лечебную гимнастику начинают со 2-3-го дня, чтобы не допустить образования спаек. Помимо этого применяются элементарные упражнения для мелких и средних мышечных групп верхних и нижних конечностей, без углубления дыхания. Лишь к концу режима (на 4—5-й день) больной сидя начинает выполнять упражнения для туловища в сочетании с дыхательными,

Упражнение повторяют 4—8 раз в медленном и среднем темпе с полной амплитудой. Принимая во внимание болевой синдром, продолжительность занятия небольшая — 5-7(8-10) мин, и повторяют его через каждый час. Во второй половине режима начинает использоваться легкий массаж грудной клетки, но больной бок не массируется.

Полупостельный (палатный) режим назначают в конце 1-й нед. Находясь в палатном режиме, больной начинает упражнения лежа на здоровом боку, чтобы активизировать дыхание на больной стороне, после чего переходит к упражнениям для всех мышечных групп в различных исходных положениях.. Длительность занятий увеличивается до 20—25 мин, но уменьшают повторение его до 3-4 раз в день. Массаж грудной клетки обязателен с активным растиранием пораженной стороны.

Общий (свободный) режим назначают с 8-10-го дня. В свободном режиме больной выполняет в основном специальные упражнения, направленные на увеличение подвижности грудной клетки и диафрагмы, шире используя упражнения с предметами и на снарядах (гимнастическая скамейка и стенка) в самых различных исходных положениях.. Дозировка упражнений — 6—8 раз, продолжительность — 35—40 мин. Применяется массаж грудной клетки, межреберных промежутков, верхних конечностей. В целях повышения адаптации аппарата внешнего дыхания к физической нагрузке можно использовать прогулки и дозированную ходьбу.

Задача №29

Вы работаете на базе отдыха без врача. К вам обратилась пациентка 48 лет, с жалобами на сильную боль в правом глазу, иррадиирующую в правую височную область, резкое снижение зрения – до светоощущения, тошноту, рвоту. Состояние ухудшилось после того, как она в течение 5-ти часов собирала грибы. Острота зрения снижена до светоощущения. Объективно: застойное инъецирование правого глазного яблока, роговица отечная, зрачок шире, чем на другом глазу, радужка отечная.

Задания

- 1 Определите состояние пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. По каким данным ставится диагноз глаукома (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику исследования внутриглазного давления. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1 Определите состояние пациента. Составьте план сестринского ухода.

Острый приступ глаукомы правого глаза.

План

- измерить внутриглазное давление пальпаторным методом – глазное яблоко твердое, как камень;
- измерить артериальное давление (приступ глаукомы может сочетаться с подъемом артериального давления);
- уложить в горизонтальное положение на поверхности с приподнятым головным концом;
- вызвать скорую помощь с целью экстренной транспортировки в глазную клинику;
- если диагноз «глаукома» был поставлен ранее и пациентка пользуется каплями, снижающими глазное давление, закапать их в глаз.

2. По каким данным ставится диагноз глаукома

- анамнеза: приступ болей в глазном яблоке возник внезапно, иррадиирует в правую височную область, тошнота, рвота;
- объективного обследования: застойное инъецирование глазного яблока, роговица

отечная, зрачок шире, чем на другом глазу, радужка отечная.

3. Продемонстрируйте технику исследования внутриглазного давления.

В практической работе наиболее часто тонометрия (исследование ВГД) производится тонометром Маклакова. Это полый цилиндр, внутри которого помещается свинцовый шарик. Общая масса цилиндра 10 граммов. Основанием его служат пластинки из «молочного» или матового стекла. Эти пластинки перед тонометрией смазывают тонким слоем краски (бисмарк коричневый или колларгол в глицерине с водой: 2 г красящего вещества. Тщательно растирают с 30 каплями воды и 30 каплями глицерина). Через 1—2 мин после двух-трех-кратного закапывания в конъюнктивальный мешок 0,5% раствора дикаина (1% кокаина, 5% новокаина) исследуемого, находящегося в горизонтальном положении, просят фиксировать палец своей руки, вытянутой кверху, чтобы придать взору направление, удобное для тонометрии. Затем тонометр с помощью ручки держателя опускают (до половины его высоты) в вертикальном положении на центр роговицы и быстро поднимают его.

В месте контакта тонометра с основанием сегмента сплющивания роговицы краска с площадки стирается и остается на поверхности роговой оболочки. Полученный отпечаток кружка сплющивания прикладывают к увлажненной спиртом бумаге, на которой получается отпечаток цветного кружка с белым кружком посередине, принимаемым за основание сегмента сплющивания роговицы. Диаметр этого кружка измеряют с точностью до 0,1 мм при помощи специальной линейки-измерителя. На этой линейке обозначаются также значения ВГД (в мм рт. ст.) соответственно определенному диаметру кружка сплющивания роговицы. Этот диаметр обратно пропорционален величине ВГД. Для каждого глаза следует проводить по 2 исследования, т. е. получать по 2 отпечатка. Затем площадки тонометра протирают спиртом, а конъюнктивальный мешок исследуемого глаза промывают физиологическим раствором и закапывают в него 2 капли 30% раствора сульфацил натрия. Отпечаток затем вписывают в контуры градуированной шкалы и определяют ВГД.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе

В первый месяц больным с глаукомой после операции запрещено употребление спиртных и газированных напитков, а также жидкостей в больших количествах.

Ограничений по еде практически нет – питайтесь как обычно. Запрещается выполнение тяжелой работы, которая связана с большими физическими нагрузками, поднятие тяжестей, двигать мебель, прыгать и бегать, работать в наклон. Можно поднимать груз весом до пяти килограммов. Разрешается ходить в кино, смотреть телепрограммы, посещать театр, только вовремя закапывайте капли.

Нельзя ходить в баню или сауну, если не прошло еще два месяца после проведения операции.

После операции вам будет необходимо посещать врача:

два дня подряд после операции;

затем через три дня;

через неделю;

спустя месяц;

через три месяца;

потом один раз в год для проведения профилактических осмотров.

Примерно через полтора месяца после операции снимаются все ограничения, и вы возвращаетесь к своей привычной жизни

Задача №30

Ребенок в возрасте 4-х суток находится в палате совместного пребывания ребенка и матери.

В течение нескольких кормлений ребенок очень беспокоится у груди, с трудом захватывает сосок. Мать отмечает, что молока стало очень много, грудные железы плотные. Не получается эффективного сцеживания. Роды первые, срочные, без особенностей.

Состояние ребенка удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые. Стул переходный. Рефлексы новорожденных выражены хорошо. Из бутылочки жадно сосет сцеженное грудное молоко. Грудные железы у матери плотные, горячие на ощупь, хорошо выражена сосудистая часть.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Расскажите о подготовке матери и ребенка к кормлению. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте технику подмывания и пеленания новорожденного. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы ребенка: неэффективное кормление, дефицит знаний матери по подготовке к кормлению, диспепсия (физиологическая), беспокойство и нарушение сна из-за неэффективного кормления.

Приоритетная проблема: дефицит знаний у матери по подготовке к кормлению и эффективному вскармливанию ребёнка.

План

1. М/с обучит мать сцеживанию молока
2. М/с порекомендует матери перед кормлением сцедить часть молока
3. М/с поможет правильно закладывать сосок ребенку в рот
4. М/с порекомендует матери сцеживать молоко после кормления
5. М/с порекомендует матери частое пеленание
6. М/с будет контролировать активность сосания ребенка и состояние лактации у матери
7. М/с предупредит мать, что перед кормлением необходимо контролировать:

2. Расскажите о подготовке матери и ребенка к кормлению.

1. Объяснить маме необходимость и смысл её подготовки к кормлению:
 - а) надеть косынку, марлевую повязку;
 - б) помыть руки с мылом;
 - в) обмыть грудь теплой водой и осушить полотенцем
 - г) занять удобное положение, сидя или лежа, поставить ногу (со стороны молочной железы, из которой планируется кормление) скамеечку;
 - д) положить на колени чистую пеленку для ребенка;
 - е) расположить в пределах досягаемости баночку для сцеживания грудного молока.
 - обеспечение права матери на информацию и её осознанное обучение;
 - профилактика инфицирования ребенка во время кормления;
 - обеспечение максимального комфорта во время кормления;
 - предупреждение утомления отдельных мышечных групп;
 - обеспечение инфекционной безопасности
 - после кормления грудное молоко должно быть сцежено «до прекращения отделения молока струйкой».
2. Перепеленать ребенка, при необходимости прочистить носовые ходы.

3. Перед кормлением необходимо сцедить несколько капель молока.
4. При сосании ребенок должен захватить не только сосок, но и ореолу (околососковый кружок).
5. Молочная железа матери не должна закрывать носовые ходы ребенка.
6. При каждом кормлении прикладывать ребенка (по возможности) только к одной груди.
7. Следить, чтобы во время кормления ребенок активно сосал грудь (если ребенок заснул - будить его).
8. Удерживать малыша у груди не более 20 мин.
9. После кормления сцедить молоко и обработать сосок «задним» молоком.

3. Продемонстрируйте технику подмывания и пеленания новорожденного.

Техника подмывания ребенка

1. Информировать маму о правилах проведения процедуры;
 2. Подготовить необходимое оснащение;
 3. Отрегулировать температуру воды в кране, проверив ее запястьем;
 4. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки;
 5. Снять с ребенка грязную одежду и сложить в мешок для "грязного белья".
 6. Выполнение процедуры:
 7. Положить ребенка на левое предплечье и кисть руки;
 8. Подмыть под проточной водой ребенка;
- ПОМНИТЬ!** Девочек подмывать только движениями спереди назад.
9. Уложить ребенка на пеленальный столик на чистую пеленку;
 10. Промокательными движениями осушить кожу;
 11. Переложить ребенка на чистый набор для пеленания;
 12. Мокрую пеленку скиньте в мешок "грязное белье";
 13. Смазать паховые, ягодичные складки стерильным растительным маслом или припудрив присыпкой;
- Окончание процедуры:
14. Запеленать ребенка (одеть ребенка).

Инфекционный контроль:

1. Обработать пеленальный стол 1% раствором хлорамина двукратно;
2. Снять перчатки, погрузить их в 3% р-р хлорамина;
3. Обработать руки на гигиеническом уровне.

Техника пеленания ребенка

Закрытый способ.

1. Пеленальный стол и матрац обработать ветошью с 1% р-ром хлорамина.
2. На пеленальном столе растелеают сначала теплую, затем тонкую пеленку.
3. Сверху кладут тонкую пеленку, свернутую в виде косынки, снизу подгузник.
4. На ребенка одевают сначала распашонку, запахивая полы сзади, затем одевают кофточку, запахивая спереди.
5. Кладут ребенка так, чтобы длинная часть подгузника приходилась на поясницу.
6. Подворачиваем кверху кофточку и распашонку, заворачиваем подгузник и расправляем снова кофточку и распашонку.
7. Пеленаем голову ребенка, а затем завернем ребенка в тонкую пеленку, пропустив один конец пеленки между ног (профилактика потертостей), затем туго пеленаем теплой пеленкой.

Открытый способ.

1. На голову одевают шапочку.

2. Ручки оставляют свободными.

3. В остальном технология пеленания как при закрытом способе.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Прикладывать ребенка почаще, как минимум каждую пару часов, не дожидаясь выражения недовольства и, тем более, крика (это уже поздний признак голода).

В период восстановления лактации маме нужно целый день проводить в постели с малышом. Ведь чем чаще и дольше малыш прикладывается к груди, тем больше прибывает молока. Также желательно часто менять грудь в процессе кормления — такие "рокировки" очень стимулируют лактацию.

Задача №31

Пациентка 40 лет, поступила в стационар на лечение с диагнозом хронический холецистит, стадия обострения. Жалобы на ноющие боли в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной пищи, тошноту, по утрам горечь во рту, однократную рвоту желчью, общую слабость. Считает себя больной около 7 лет, ухудшение на тупило в течении последней недели, которое связывает с приемом жирной пищи.

Кожа сухая, отмечается желтушность склер чистая. Желтушность склер, язык сухой, обложен серо- белым налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье.

Задания:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Назовите основные принципы диеты при холецистите. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Провести на манекене технику дуоденальное зондирование. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие: боли в правом подреберье; горечь во рту; нарушение сна; беспокойство по поводу исхода заболевания.

Потенциальные: риск развития осложнений (калькулезный холецистит; перфорация желчного пузыря; эмпиема желчного пузыря; гангрена желчного пузыря).

Приоритетная проблема пациентки: боль в правом подреберье.

План

1. Обеспечение диеты № 5а.
2. Беседа о сути её заболевания и современных методах его диагностики, лечения, профилактики.
3. Проведение беседы с пациенткой о подготовке к УЗИ ГБС и дуоденальному зондированию.
4. Обучение правилам приема мезим-форте.
5. Проведение беседы с родственниками пациентки об обеспечении питания с ограничением жирных, соленых, жареных, копченых блюд.
6. Обучение пациентки методике проведения тюбажа.
7. Наблюдение за состоянием и внешним видом пациентки.

2. Назовите основные принципы диеты при холецистите.

Направлена на щажение печени, при этом способствует желчевыделению, а рацион остается полноценным. Лучше всего больным с таким диагнозом подходит диета 5, способствующая оттоку желчи. Сахар, конфеты и прочие сладости в ней заменяются овощами и фруктами.

В периоды обострения заболевания рекомендуется сесть на разгрузочную диету: например, на арбузную или кефирную.

Для лучшего оттока желчи следует питаться дробно, приемы пищи должны быть маленькими порциями 6-8 раз в день. Это поможет избежать приступов боли, вызываемых сильной нагрузкой на привратник. Питье должно быть обильным: 2-2,5 литра в день чая, компота, отвара шиповника.

Неправильное питание может привести к тому, что острый холецистит перетечет в хронический. Диета при холецистите обеспечивает длительную ремиссию, с ее помощью можно обеспечить покой больному органу, или, наоборот, заставить его функционировать.

3. Провести на манекене технику дуоденальное зондирование.

1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.
2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.
3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.
4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.
5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10 - 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.
6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.
7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.
8. При каждой глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10 - 15 см для продвижения зонда внутри желудка.
9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.
10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.
11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье - теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.
12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.
13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.
14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую окраску). За 20 - 30 мин поступает 15 - 40 мл желчи - количество, достаточное для исследования.
15. Используя шприц как воронку, вводят в двенадцатиперстную кишку 30 - 50 мл 25 % раствора магния сульфата, подогретого до +40...+42°C. На зонд накладывают зажим на 5-10 мин или свободный конец завязывают легким узлом.
16. Через 5-10 мин снимают зажим. Опускают свободный конец зонда в баночку. Когда начинает поступать густая желчь темно-оливкового цвета, опускают конец зонда в пробирку В (порция В из желчного пузыря). За 20 - 30 мин выделяется 50 - 60 мл желчи.
17. Как только из зонда вместе с пузырьной желчью будет поступать желчь ярко-желтого цвета, опускают его свободный конец в баночку до выделения чистой ярко-желтой

печеночной желчи.

18. Опускают зонд в пробирку С и набирают 10 - 20 мл печеночной желчи (порция С).

19. Осторожно и медленно усаживают пациента. Извлекают зонд. Пациенту дают прополоскать рот приготовленной жидкостью (водой или антисептиком).

20. Поинтересовавшись самочувствием пациента, доставляют его в палату, укладывают в постель, обеспечивают покой. Ему рекомендуют полежать, так как магния сульфат может снизить АД.

21. Пробирки с направлениями доставляют в лабораторию.

22. Зонд после исследования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, потом обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

23. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация включает в себя:

- 1) мероприятия, препятствующие застою желчи в желчном пузыре ;
- 2) гимнастика, прогулки;
- 3) регулярный и частый прием пищи с известными ограничениями;
- 4) обязательное лечение очаговой инфекции;
- 5) проведение 1-2 раза в год противорецидивных курсов лечения ;
- 6) прием желчегонных средств и «беззондовое зондирование» с минеральной водой ; 7) периодическое санаторно-курортное лечение.

Задача №32

В проктологическое отделение поступил пациент с жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации, запоры, стул в виде «ленты», на каловых массах алая кровь.

При локальном осмотре определяется дефект слизистой оболочки заднего прохода в виде неглубокой трещины на 6 часах. Края трещины мягкие, кожа вокруг с небольшим отеком, гиперемирована.

Задания:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Дайте рекомендации пациенту по профилактике трещин заднего прохода(У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Наложите Т-образную повязку на промежность(ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие проблемы: боль в области заднего прохода, усиливающаяся при дефекации; кровотечение из прямой кишки; нарушение акта дефекации.

Потенциальные проблемы: риск инфицирования трещины заднего прохода; риск возникновения анемии.

Приоритетная проблема: боль в области заднего прохода, усиливающаяся при дефекации.

План

Вызвать врача.

Провести беседу с пациентом о принципах лечения заболевания, предполагаемом исходе лечения.

Обеспечить пациенту диету с достаточным количеством клетчатки и продуктов, обладающих послабляющим действием

Обеспечить гигиенический туалет в области заднего прохода после каждого акта дефекации и при перевязках.

Обеспечить наложение асептической повязки с лекарственными препаратами.

Сделать пациенту очистительную или масляную клизму по назначению врача

2. Дайте рекомендации пациенту по профилактике трещин заднего прохода

-соблюдать диету, способствующую нормализации стула. Исключить прием острой пищи, алкоголя;

-добиться ежедневного регулярного стула;

-после каждого акта дефекации и на ночь – гигиенический туалет заднего прохода (подмывание, восходящий душ);

-носить хлопчатобумажные трусы, ежедневно менять их.

3. Наложите Т-образную повязку на промежность

1. удобно положить больного;
2. изготовить Т-образную повязку (один конец марлевой полоски нужно закрепить на пояс, второй разрезается на две равные полоски);
3. под поясицу пациента подводится конец марлевой полосы с поясом;
4. вокруг туловища завязывается пояс;
5. две части разрезанной полосы закрепляются спереди к поясу

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

После проведения операции врач может дать вам специальные рекомендации относительно питания. Для скорейшего заживления послеоперационных ран нужно, чтобы в течение нескольких дней после удаления трещины не было стула. Для этого в течение первых 2-4 дней после операции следует ограничить питание и потреблять только небольшие количества жидкой пищи, кефиры, йогурты, сок.

В последующие 2-4 недели до полного заживления швов необходимо сохранять стул максимально мягким. Для этого рекомендуется употребление в пищу свежих овощей и фруктов, каш из цельных злаков и 2-2,5 л жидкости в сутки.

Избегать запоров и употреблять больше продуктов с высоким содержанием клетчатки, а также не менее 2 л. воды в сутки .

Никогда не задерживать кал и опорожнять кишечник при первом позыве

Никогда не сидите на унитазе больше 2-3 минут.

Каждый раз после посещения туалета подмывайте область заднего прохода холодной проточной водой.

Старайтесь регулярно заниматься спортом.

Задача № 33

Пациент Б. 48 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения.

Жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета “кофейной гущи”. Больным считает себя в течении 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больной связывает со стрессом. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области. Пациенту назначено исследование кала на скрытую кровь.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)

2. Объясните пациенту правило взятия кала на скрытую кровь. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК

1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения желудочного зондирования. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие :боли в эпигастрии; отрыжка; запор; метеоризм; плохой сон; общая слабость.

Потенциальные: риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).

Приоритетная проблема пациента: боль в эпигастральной области.

План

Обеспечить лечебно-охранительный режим.

Обеспечить питанием пациента в соответствии с диетой №1а.

Обучить пациента правилам приема назначенных лекарственных средств.

Объяснить пациенту суть его заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики.

Обеспечить правильную подготовку пациента к ФГДС и желудочному зондированию.

Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов.

Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, характер стула).

2. Объясните пациенту правило взятия кала на скрытую кровь.

1. В течение 3 сут из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата.

2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома.

3. Дают пациенту пузырек для кала или показывают, где он находится в санитарной комнате.

4. Четко определяют день забора кала и просят пациента опорожнить кишечник в этот день с 6.00 до 7.00 в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька).

5. Отправляют кал на исследование.

6. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

7. При положительном результате исследования немедленно сообщают врачу.

3. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения желудочного зондирования.

1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.

2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.

3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.

4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.

5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10 - 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.

6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.

7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.
8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10 - 15 см для продвижения зонда внутри желудка.
9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.
10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.
11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье - теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.
12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.
13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.
14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую окраску). За 20 - 30 мин поступает 15 - 40 мл желчи - количество, достаточное для исследования.
15. Используя шприц как воронку, вводят в двенадцатиперстную кишку 30 - 50 мл 25 % раствора магния сульфата, подогретого до +40...+42°С. На зонд накладывают зажим на 5-10 мин или свободный конец завязывают легким узлом.
16. Через 5-10 мин снимают зажим. Опускают свободный конец зонда в баночку. Когда начинает поступать густая желчь темно-оливкового цвета, опускают конец зонда в пробирку В (порция В из желчного пузыря). За 20 - 30 мин выделяется 50 - 60 мл желчи.
17. Как только из зонда вместе с пузырьной желчью будет поступать желчь ярко-желтого цвета, опускают его свободный конец в баночку до выделения чистой ярко-желтой печеночной желчи.
18. Опускают зонд в пробирку С и набирают 10 - 20 мл печеночной желчи (порция С).
19. Осторожно и медленно усаживают пациента. Извлекают зонд. Пациенту дают прополоскать рот приготовленной жидкостью (водой или антисептиком).
20. Поинтересовавшись самочувствием пациента, доставляют его в палату, укладывают в постель, обеспечивают покой. Ему рекомендуют полежать, так как магния сульфат может снизить АД.
21. Пробирки с направлениями доставляют в лабораторию.
22. Зонд после исследования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, потом обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.
23. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитаци при язвенной болезни дедится на 3 этапа

1. Реабилитация протекает около двух недель. В это время показаны дыхательные упражнения статического характера, усиливающие процессы торможения в коре головного мозга. Выполняемые в исходном положении лежа на спине с расслаблением всех мышечных групп эти упражнения в состоянии привести больного в дремотное состояние, способствовать уменьшению болей, устранению диспептических расстройств, нормализации сна. Используются также простые гимнастические упражнения для малых и средних мышечных групп, с небольшим числом повторений в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями в расслаблении, но противопоказаны упражнения, способствующие повышению внутрибрюшного давления. Продолжительность занятий 12—15 мин, темп выполнения упражнений медленный, интенсивность малая.
2. Реабилитация второго периода назначается при переводе больного на палатный режим.

К задачам первого периода добавляются задачи бытовой и трудовой реабилитации больного,

восстановление правильной осанки при ходьбе, улучшение координации движений. Второй период занятий начинается при значительном улучшении состояния больного. Рекомендуются УГГ, ЛГ, массаж брюшной стенки. Упражнения выполняются в положении лежа, сидя, в упоре на коленях, стоя с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп, по прежнему исключая мышцы брюшного пресса. Наиболее приемлемым является положение лежа на спине: оно позволяет увеличивать подвижность диафрагмы, оказывает щадящее влияние на мышцы живота и способствует улучшению кровообращения в брюшной полости. Упражнения для мышц брюшного пресса больные выполняют без напряжения, с небольшим числом повторений. Лечебная гимнастика проводится 1—2 раза в день.

3. Реабилитация третьего периода заключается в общем укреплении и оздоровлении организма больного; улучшение крово- и лимфообращения в брюшной полости; восстановление бытовых и трудовых навыков

В санаторно-курортных условиях объем и интенсивность занятий ЛФК увеличивается, показаны все средства и методы ЛФК. Рекомендуются УГГ в сочетании с закаливающими процедурами; дозированная ходьба, прогулки (до 4—5 км); спортивные и подвижные игры; лыжные прогулки; трудотерапия. Используется также лечебный массаж: сзади — сегментарный массаж в области спины от С4 до Д9 слева, спереди — в эпигастральной области, расположении реберных дуг. Массаж поначалу должен быть щадящим. Интенсивность массажа и продолжительность процедуры постепенно увеличивается от 8—10 до 20—25 мин к концу лечения.

Задача №34

В нейрохирургическом отделении находится пациент с диагнозом: закрытый перелом 4-5 поясничных позвонков с повреждением спинного мозга. Рваная рана правой кисти. М/с, заступившая на дежурство, во время расспроса выявила, что травма произошла 2 недели назад. В настоящее время боли пациента не беспокоят, стул был сегодня после клизмы. При осмотре пациента м/с обнаружила наличие постоянного катетера в мочевом пузыре, под голени подложены поролоновые прокладки. М/с обработала спину пациента камфорным спиртом, смела крошки, поправила постельное белье. Для профилактики развития контрактур голеностопных суставов поставила под стопы упор. Осматривая кисть, отметила, что повязка сухая, лежит хорошо. Около постели пациента постоянно дежурит родственник.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Проведите беседу с пациентом и его родственником о современных принципах профилактики пролежней.(У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Наложите повязку "варежка"(ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Настоящие проблемы пациента:отсутствие движений и чувствительности нижних конечностей;

дренированный мочевой пузырь; нарушение целостности кожи правой кисти.

Потенциальные проблемы пациента: риск возникновения недержания кала и мочи; риск развития пролежней; высокий риск инфицирования дренированного мочевого пузыря; риск развития атрофии мышц и порочного положения стоп; риск развития пневмонии.

Приоритетная проблема: дренированный мочевой пузырь, высокий риск его

инфицирования.

План

1. М/с ежедневно будет проводить промывание мочевого пузыря теплым р-ром фурацилина 1:5000 или 0,1% р-ром перманганата калия в количестве 50-100 мл
2. М/с обеспечит отток мочи в мочеприемник.
3. М/с визуально контролирует цвет и количество выделяемой за сутки мочи.
4. В течение суток не реже 6 раз обеспечит опорожнение мочеприемника с последующей дезинфекцией его 0,5% р-ром хлорамина.
5. М/с не реже 1 раза в 5 суток обеспечит исследование мочи в лаборатории.

2. Проведите беседу с пациентом и его родственником о современных принципах профилактики пролежней

В целях профилактики пролежней у лежачих больных показано:

1. Применение противопролежневых матрасов;
2. Устранение давления на малочувствительные ткани и области, то есть, постоянная смена положения тела больного (через каждые 2 часа);
3. Легкий массаж «опасных» зон;
4. Сохранение сухости кожи во избежание ее раздражения и мокнутия;
5. Использование постельного белья без грубых швов, постоянно разглаживание складок на постели;
6. Частая смена постельного белья;
7. Сохранение максимально возможной активности больных: самостоятельное переворачивание в постели и выполнение простейших упражнений в кровати.

3. Наложите повязку "варежка"

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
 2. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть свободно свисает.
 3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
 4. Приложить бинт к лучезапястному суставу.
 5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.
 6. Опустить бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти и, огибая пальцы, перейти на ладонную поверхность к лучезапястному суставу.
 7. Сделать возвращающийся тур через ладонь, пальцы, на тыл кисти и далее к лучезапястному суставу (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).
 8. Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев и от концов пальцев к основанию кисти.
 9. Зафиксировать повязку двумя закрепляющими турами бинта вокруг лучезапястного сустава, разрезать конец бинта и завязать на узел.
- При наложении повязки уложить стерильные салфетки между пальцами для предупреждения опрелостей.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

1. Начальный этап длится около двух недель. В данную категорию входят общетонизирующие и дыхательные упражнения, которые вовлекают в движение мышцы туловища, нижних и верхних конечностей. Следующие упражнения необходимо выполнять с условием, что ноги не будут отрываться от постели (в положении лежа и на животе), поскольку данное движение в первый период будет напрягать подвздошно-поясничную мышцу, а это приводит к очень сильным болям в области перелома костей.
2. Реабилитация после компрессионного перелома позвоночника на данном этапе длится около 4-х недель. Все упражнения ЛФК направлены на стимуляцию регенеративных процессов поврежденного сегмента позвоночника, а также на формирование

мышечного корсета (укрепление мышц спины). Именно по этому, большинство представленных упражнений выполняются на животе. На этом этапе очень важна точность, а затратит это всего 20-25 минут в день.

3. При диагнозе компрессионный перелом позвоночника реабилитация на третьем этапе будет длиться около двух недель. На протяжении всего этого времени мы будем продолжать формировать крепкий мышечный корсет, а также начнем постепенно приспосабливать позвоночник к вертикальным нагрузкам. В комплекс будут включены упражнения, выполняемые на коленях. Это будет восстанавливать вестибулярный аппарат и подвижность в позвоночном столбе.
4. Реабилитация после перелома позвоночника на четвертом этапе начинается спустя 2 месяца после травмы, с учетом удовлетворительного состояния пациента и отсутствия дополнительных осложнений. Пострадавшего постепенно переводят в вертикальное положение, включая дозированную ходьбу в общий комплекс ЛФК при переломе позвоночника. Необходимо постепенно увеличивать ходьбу, но она не должна превышать 15-20 минут в день. Во время ходьбы нужно следить за тем, чтобы была правильная осанка – позвоночный столб в области травмы должен сохранять выгнутое нормальное положение. Гимнастика при компрессионном переломе позвоночника вводится спустя неделю после того как пациент начал постепенно ходить. Здесь нужно обратить особое внимание на работоспособность мышц нижних конечностей. Не разрешается наклонять туловище вперед с положения стоя.

Задача № 35

Мальчик 10 лет находится на стационарном лечении. Диагноз: ревматизм, активная фаза, полиартрит.

Ребенок жалуется на боли в левом коленном суставе, из-за болей не встает, старается не менять положение ноги. До этого (3–4 дня назад) беспокоили боли в правом голеностопном суставе. В анамнезе: три недели назад болел ангиной.

Объективно: температура 37,8° С. Кожные покровы бледные, чистые, синие тени под глазами, положение в постели пассивное. Левый коленный сустав на ощупь горячий, округлой формы, увеличен в размере, движения болезненные. Пульс 100 ударов в минуту, ЧДД 22 в минуту.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Проведите беседу о профилактике осложнений ревматизма. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте применение холодного компресса на область пораженного сустава. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие: ограничение физической активности; боль в суставе; лихорадка.

Потенциальные: риск возникновения пролежней, риск возникновения запора.

Приоритетная проблема: боль в суставе.

План

Обеспечить пациенту физический и психический покой

Обеспечить вынужденное положение пациенту в постели

Осуществить комплекс мероприятий по уходу за пациентом

Обеспечить постановку холодного компресса на область сустава (по назначению врача)

Провести простейший комплекс ЛФК и массаж (по назначению врача)

Провести беседу с родственниками о психологической поддержке пациента, о щадящем режиме его физической активности

Провести беседу с мамой и ребенком о гиподинамии и её последствиях

2. Проведите беседу о профилактике осложнений ревматизма.

Первичная профилактика начинается с раннего детства и включает обеспечение правильно организованного здорового быта: занятия спортом, длительные прогулки на свежем воздухе, закаливающие процедуры, рациональное питание, исключающее избыточное употребление углеводов.

Не менее важно укрепление психического здоровья ребенка: развитие силы и уравновешенности нервных процессов, выработка «гибкости» нервной системы, устойчивости к отрицательным факторам.

Большую роль играет своевременная изоляция заболевшего стрептококковой инфекцией, с дальнейшим наблюдением за людьми в течение 7 дней, которые были в контакте с инфицированным ребенком.

3. Продемонстрируйте применение холодного компресса на область пораженного сустава.

1. Сложите в несколько слоев мягкую ткань,

2. Смочите холодной водой, слегка отожмите и положите на место ушиба

3. Компресс нужно менять каждые 3–4 минуты. Удобно пользоваться двумя компрессами: один накладывают, а другой в это время остужается в воде. Продолжительность процедуры – от 5 до 40 минут.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В больничный период реабилитации применяют ЛФК, лечебный массаж, физиотерапию, трудотерапию. Лечебную физкультуру при ревматическом миокардите и эндокардите назначают при стихании острых проявлений болезни, снижении температуры тела до субфебрильной и улучшение общего состояния пациента. Последовательность в расширении двигательного режима и методики занятий аналогичны тем, что применяют при инфаркте миокарда. Однако есть некоторые особенности. В случаях поражения суставов, наличия боли при движении, могут ее усиливать, выполняют с неполной амплитудой, используют дополнительные приемы, которые облегчают. Лечебную ходьбу в полупостельном двигательном режиме проводят смелее и дозируют, как для больных стенокардией. В этом и свободном двигательном режиме, особенно у детей, занятия дополняются играми на месте и малоподвижными играми, упражнениями для воспитания и закрепления правильной осанки.

Лечебный массаж назначают в постельном режиме для уменьшения застойных явлений на периферии, активизации экстракардинальных факторов кровообращения, стимуляции трофической и сократительной способности миокарда. Массируют нижние и верхние конечности, используя поверхностные поглаживания, нежные растирания. В случаях экссудативного воспаления суставов их не массируют. В дальнейшем можно применять сегментарно-рефлекторный массаж, действуя на паравертебральные зоны верхнегрудных и нижнешейном спинномозговых сегментов.

Физиотерапию применяют при стихании острых проявлений заболевания. Главные задачи физиотерапии: повлиять гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, обезболивающее. Используют индуктотерапию на область проекции надпочечников, а при боли в суставах - электрофорез новокаина, диадинамометрию, УФО.

Трудотерапию назначают в полупостельном двигательном режиме для поднятия психоэмоционального тонуса, предотвращения больного от мыслей о болезни.

Предлагают вязание, плетение, рисование, работы с пластилином, бумагой.

Послеклинический период реабилитации охватывает санаторный, поликлинический и диспансерный этапы.

Санаторный этап реабилитации проводится в местном кардиоревматологическом санатории, куда направят больного после стационарного лечения. Применяют ЛФК,

лечебный массаж, физиотерапию. Объем, виды, формы, методика применения этих средств физической реабилитации зависит от последствий активной фазы течения ревматизма, клинико - анатомической характеристики поражений сердца и связанного с этой степенью недостаточности кровообращения.

Поликлинический этап реабилитации

В поликлиническом этапе реабилитации применяют ЛФК, лечебный массаж, тренажеры, трудотерапию проводят по тем же принципам, которые были положены в основу предыдущего этапа, - характер поражения сердца ревматическим процессом и степень недостаточности кровообращения.

Диспансерный этап реабилитации предусматривает периодический контроль за состоянием здоровья пациента, предотвращение инфекции и повторных ревматических атак медикаментозными методами, путем активизации защитных сил организма, постоянных занятий физическими упражнениями, сбалансированного питания, соблюдения санитарно-гигиенических норм и режима труда и отдыха, периодического санаторно - курортного лечения.

Санаторно-курортное лечение показано в неактивной фазе ревматизма через 6-8 месяцев после первичного или повторного эндомиокардита с пороком сердца или без него, с недостаточностью кровообращения не выше I степени. Рекомендуются бальнеологические и климатические курорты, но направлять к ним больных ревматизмом не следует в периоды года с неустойчивой, холодной и влажной погодой. Лица с аналогичными клинико-анатомическими признаками поражения сердца, но недостаточностью кровообращения II-A степени лечатся только в местных кардиологических санаториях.

Задача № 36

В стационар обратился мужчина с жалобами на сильную боль и отек правой кисти. При расспросе м/с приемного отделения выяснила: 3 дня назад после работы на огороде с лопатой у основания 2-5 пальцев появились водянистые пузырьки. Спустя 2 дня один из них лопнул. На следующий день появилась боль, отек тыла кисти и покраснение кожи. Дотрагивание до кисти вызывает резкую боль.

При осмотре: пульс 96 в мин., АД 130/90 мм рт. ст., температура тела 38° С.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите причину, симптомы и меры профилактики флегмоны (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Соберите набор для вскрытия и дренирования гнойника. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие проблемы: боль и отек в правой кисти; повышение температуры тела; ограничение движения в правой кисти; дефицит самохода.

Потенциальные проблемы: риск распространения инфекции; риск ухудшения общего состояния, обусловленного интоксикацией; высокий риск осложнений.

Приоритетная проблема: боль и отек правой кисти вследствие развития флегмоны.

План

Вызов врача

Информирование пациента о методе лечения (оперативное – вскрытие флегмоны).

Обеспечение асептического окружения (туалет кожи, сухое бритье).

Оказание помощи врачу при вскрытии и дренировании флегмоны.

Наложение повязки с гипертоническим раствором натрия хлорида.

Наложение косыночной повязки на правое предплечье.

Проведение антибиотикотерапии, по назначению врача.

Обеспечение физиотерапевтического лечения.

Контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациента, повязкой

2. Назовите причину, симптомы и меры профилактики флегмоны

Флегмона – это разлитое воспаление жировой клетчатки, сопровождающиеся обильным выделением гноя. Факторами, стимулирующими развитие болезни, могут стать инфекционно-воспалительные повреждения кожи и слизистой оболочки рта. Среди основных симптомов связанных с возникновением заболевания можно выделить красноту, повышение температуры кожного покрова в области повреждения, опухлость, а также болезненные ощущения. Все эти признаки, как правило, проявляются при наличии воспалительного процесса. Любые раны и повреждения кожи могут расти и развиваться под влиянием флегмоны. Флегмона сопровождается общей слабостью, повышенной температурой, жаждой и ознобом.

Ярко выраженные и стремительно развивающиеся симптомы флегмоны могут свидетельствовать о глубине заболевания. В данном случае могут наблюдаться снижение артериального давления, частый слабый пульс, одышка, акроцианоз, олигурия, а также желтушность кожи.

3. Соберите набор для вскрытия и дренирования гнойника.

1. Надеть операционную одежду и резиновые перчатки.
2. Обработать 2 раза место вскрытия гнойника салфеткой на пинцете с йодонатом.
3. Уложить вокруг операционного поля стерильные салфетки и закрепить их цапками, образуя окошко для вскрытия гнойника.
4. Обработать операционное поле этиловым спиртом.
5. Провести местную анестезию одним из способов. Вскрыть кожу в центре гнойника скальпелем, натягивая ткани пальцами руки.
6. Вскрыть тупо зажимом карманы и затеки гнойника, расширить рану ранорасширителями, промыть рану 3% раствором перекиси водорода с помощью шприца и тупой иглы.
7. Высушить рану сухой салфеткой на пинцете.
8. Сбросить все использованные инструменты в грязный лоток.
9. Обработать вокруг раны раствором йодоната салфеткой на пинцете.
10. Ввести в рану плоский резиновый дренаж с помощью зонда и пинцета.
11. Наложить пинцетом на рану салфетку, смоченную в растворе антисептика, наложить мягкую бинтовую повязку.
12. Отработанный инструмент и перевязочный материал поместить в разные емкости с дезинфицирующим раствором.
13. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором, снять операционную одежду и поместить ее в мешок для сброса.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Успех реабилитации зависит от своевременного использования всего арсенала средств, предупреждающих осложнения в процессе лечения, и устранения возникших последствий. Реабилитация должна проводиться непрерывно, комплексно, коллективно с привлечением не только врачей различных специальностей, но и представителей профсоюза, социального обеспечения и других организаций в зависимости от конкретных обстоятельств.

Различаются следующие виды реабилитации: медицинская, включающая все лечебные и психологические мероприятия, способствующие восстановлению здоровья больного; социальная— развитие навыков самообслуживания в домашней, уличной и другой

социальной среде; профессионально-производственная реабилитация — подготовка и освоение трудовой деятельности.

Задача №37

Пациент Р., 30 лет поступил в нефрологическое отделение с диагнозом обострение хронического пиелонефрита.

Жалобы на повышение температуры, тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. В анамнезе у пациента хронический пиелонефрит в течение 6 лет. Пациент беспокоен, тревожится за свое состояние, сомневается в успехе лечения. Пациенту назначена обзорная урография.

Объективно: температура 38,8°C. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия лица. Пульс 98 уд./мин., напряжен, АД 150/95 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Объясните пациенту характер предстоящей процедуры и подготовки его к ней. (У1 З1 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте на муляже технику катетеризации мочевого пузыря у мужчин. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие: тянущие боли в пояснице, дизурия, повышение температуры, общая слабость, головная боль, отсутствие аппетита, неуверенность в благоприятном исходе заболевания, тревога о своем состоянии.

Приоритетной проблемой является частое, болезненное мочеиспускание (дизурия).

План

Обеспечение строгого постельного режима и покоя.

Обеспечение диетическим питанием с ограничением поваренной соли(исключить из питания острое, соленое, копченое).

Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, ЧДД).

Обеспечение пациента обильным питьем до 2-2,5 л в сутки (минеральная вода, клюквенный морс, настой шиповника)

Обеспечение личной гигиены пациента (смена белья, подмывание).

Обеспечение пациента предметами ухода (утка, грелка).

Проведение беседы с родственниками об обеспечении полноценного и диетического питания с усиленным питьевым режимом.

2. Объясните пациенту характер предстоящей процедуры и подготовки его к ней.

- тесты, направленные на выявление возможных противопоказаний к данной процедуре,
- сдать кровь на биохим анализ (чтобы убедиться в отсутствии почечной недостаточности);

- убедиться в том, что у вас отсутствует непереносимость йодсодержащих препаратов, и исключить возможную аллергическую реакцию (для этого проводят пробу заранее);

- за 2 суток до проведения урографии нужно исключить из потребления свежие фрукты и овощи, бобовые, сладкие блюда и черный хлеб;

- вечером перед походом к рентгенологу нужно сделать клизму. Можно легко поужинать,

но не позже 18.00;

- за сутки перед диагностикой не пить много, чтобы повысить концентрацию мочи (это делает рентгеновские снимки более контрастными);

- утром перед исследованием повторить клизму и не завтракать.

- специальная диета, направленная на избежание метеоризма, а также прием полифепана и активированного угля, - это один из начальных методов почечной диагностики. Прием пищи желательно прекратить с обеда предыдущего дня, но утром съесть бутерброд – в пустом кишечнике может активизироваться газообразование.

3. Продемонстрируйте на муляже технику катетеризации мочевого пузыря у мужчин.

Моют руки. Обрабатывают их 0,5 % раствором хлоргексидина.

2. Кладут на стерильный лоток два стерильных катетера, закругленные концы которых смазывают стерильным глицерином, два стерильных ватных шарика, смоченных фурацилином, две стерильные салфетки, пинцет, шприц Жане с раствором фурацилина, подогретым на водяной бане до +37...+38 °С,

3. Подмывают пациента. Между его ногами ставят емкость для мочи.

4. Надевают стерильные перчатки и встают справа от пациента.

5. Стерильной салфеткой оборачивают половой член ниже головки.

6. Берут половой член между III и IV пальцами левой руки, слегка сдавливают головку, а I и II пальцами слегка отодвигают крайнюю плоть.

7. Правой рукой берут ватный шарик, смоченный фурацилином, и обрабатывают головку полового члена движениями от отверстия уретры к периферии.

8. В наружное отверстие уретры вливают одну-две капли стерильного глицерина.

9. В правую руку берут стерильный пинцет.

10. Стерильным пинцетом берут катетер на расстоянии 5 - 6 см от закругленного конца, а свободный конец захватывают между IV и V пальцами.

11. Вводят катетер пинцетом на 4 - 5 см, удерживая его I и II пальцами левой руки, фиксирующими головку полового члена.

12. Перехватывают катетер пинцетом и медленно вводят его еще на 5 см. Одновременно левой рукой натягивают половой член на катетер, что способствует его лучшему продвижению по уретре.

13. Как только катетер достигнет мочевого пузыря, появляется моча, и свободный конец катетера следует опустить в емкость для мочи.

14. После прекращения выделения мочи катетер соединяют с шприцем Жане, наполненным фурацилином, и медленно вводят 100 - 150 мл раствора в мочевой пузырь, а затем, направив катетер в лоток, удаляют содержимое.

15. Промывание повторяют до тех пор, пока из мочевого пузыря не будет выделяться прозрачная жидкость.

16. Закончив промывание, вращательными движениями осторожно извлекают катетер из уретры.

17. Еще раз обрабатывают наружное отверстие уретры ватным шариком, смоченным фурацилином.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- Физиотерапевтические процедуры противопоказаны при остром пиелонефрите, нарушении пассажа мочи, коралловых камнях почек, выраженной почечной недостаточности. Из физиотерапевтических процедур показаны УВЧ-терапия на область почек в олиготермической дозе, на курс 8-10 процедур; ультразвук на область почек; амплипульс на область почек. Противовоспалительный эффект наблюдается и при гальванизации почек.

- На поликлиническом этапе больных хроническим пиелонефритом наблюдают по третьей группе диспансерного учета с контрольными осмотрами каждые 3 месяца,

которые включают консультацию уролога, терапевта, ЛОР врача, стоматолога, окулиста, а также измерение АД, анализы крови и мочи, биохимические анализы крови (креатинин, мочеви́на, белок и его фракции), анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому. Задачами поликлинического этапа являются проведение противорецидивного лечения, направление при необходимости на госпитализацию, санаторно-курортный отбор, рекомендации по рациональному трудоустройству, проведение общеукрепляющей неспецифической терапии физиотерапии, лечебной физкультуры.

- На санаторном этапе продолжаются реабилитационные мероприятия. Показанием для направления на бальнеологические курорты является хронический пиелонефрит вне обострения без нарушения азотовыделительной функции почек и с АД до 160/100 мм рт.ст., но не ранее, чем через 3 месяца после купирования острого процесса.

Рекомендуемые курорты Пятигорск, Железноводск, Трускавец. При пиелонефрите, осложненном симптоматической гипертензией, показано лечение в местном санатории.

Для лечения больных с хроническим пиелонефритом на курортах применяют также иловые и торфяные лечебные грязи. Грязевые аппликации назначают на поясничную область, температурой до 40 С, по 15 мин, на курс 8-10 процедур. Кроме того, возможно применение физиопроцедур, указанных на госпитальном этапе реабилитации. ЛФК строится по комплексам, показанным для больных с сердечно-сосудистой патологией.

Больные хроническим пиелонефритом подлежат пожизненному динамическому диспансерному наблюдению и не снимаются с учета.

Задача № 38

В эндокринологическом отделении на стационарном лечении находится пациентка М. 38 лет с диагнозом диффузный токсический зоб.

Жалобы на сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, дрожание пальцев рук, похудание, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, снижение трудоспособности. Пациентка раздражительна по мелочам, суетлива.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные и горячие на ощупь, отмечается тремор конечностей и экзофтальм, щитовидная железа увеличена (“толстая шея”). При перкуссии - границы сердца расширены влево, при аускультации тоны сердца громкие и ритмичные, выслушивается систолический шум. Температура тела 37,2⁰С. Пульс 105 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст. ЧДД 20 в мин.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Объясните пациентке порядок подготовки к сдаче крови на Т₃, Т₄, ТТГ. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте на фантоме метод взятия крови из вены с целью исследования гормонов щитовидной железы. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие: сердцебиение, потливость, чувство жара, слабость, раздражительность, плаксивость, похудание, дрожание пальцев рук, бессонница;

Потенциальные: высокий риск тиреотоксического криза, острой сердечной недостаточности, нарушения функции нервной системы;

Приоритетная проблема: сердцебиение.

План.

Контролировать соблюдение лечебно-охранительного режима пациентом.

Обеспечить проветривание палаты, влажную уборку, кварцевание.

Обеспечить пациентке дробное, легко усвояемое, богатое витаминами питание.

Наблюдать за внешним видом, измерять АД, пульс, ЧДД., взвешивать.

Провести беседу с пациентом и родственниками о сущности заболевания.

2. Объясните пациентке порядок подготовки к сдаче крови на Т₃, Т₄, ТТГ

— Натощак с утра. Последний прием пищи должен быть за 10–12 часов, поэтому наиболее удачное время анализов — это утро с 8 до 10.

— Физический и психоэмоциональный комфорт.

— За день до исследования не употреблять алкоголь и не курить. Также рекомендуется исключить тяжелые физические нагрузки.

— За месяц до сдачи анализов не применять препараты, которые могут повлиять на функцию щитовидной железы.

3. Продемонстрируйте на фантоме метод взятия крови из вены с целью исследования гормонов щитовидной железы.

1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.

2. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)

3. Подготовить необходимое оснащение.

4. Предложить/помочь пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.

5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции для избежания возможных осложнений.

6. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть пациента клеенчатую подушечку.

7. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался и попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать ее.

8. При выполнении венепункции в область локтевой ямки – наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверяем на лучевой артерии.

9. Надеть перчатки (нестерильные).

10. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

11. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать иглу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более чем на 1/2 иглы). При попадании иглы в вену, ощущается «попадание в пустоту».

12. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь.

13. Набрать в шприц необходимое количество крови.

14. Развязать/ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак.

15. Прижать к месту инъекции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку/ватный шарик у места венепункции 5 - 7 минут, прижимая большим пальцем второй руки.

16. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

17. Сбросить шприц и использованный материал в ёмкость для дезинфекции.

18. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

19. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).

20. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить направление

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Для послеоперационной реабилитации при сохранении части щитовидной железы, способной к синтезу гормонов, наиболее целесообразно использование комбинации коллоидных фитоформул, разработанной специалистами ЭД Медицины.

Такая комбинация фитоформул позволяет провести эффективную реабилитацию:

- устранить негативное воздействие медикаментозных средств, наркотических препаратов и стресса, связанного с операцией;

- поддерживать функции оставшейся части щитовидной железы после операции.

Коллоидная фитоформула Детокс связывает и выводит продукты обмена, а также поддерживает и укрепляет печень.

Задача №39

На стационарном лечении находится девочка 12 лет. Диагноз: острый гломерулонефрит, отёчная форма. Жалобы на общую слабость, плохой аппетит, головную боль, отёки на лице и ногах. Считает себя больной в течение 2-х недель. В анамнезе: частые ОРВИ, ангины, кариес зубов.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые, пастозность лица и голеней. Пульс 104 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 20 в минуту. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите причину и основные симптомы гломерулонефрита (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Проведите инструктаж пациента о правилах определения водного баланса. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: отёки; нарушение аппетита; головная боль; слабость.

Приоритетная проблема: отёки.

План

Объяснить родственникам и пациенту необходимость соблюдения диеты с ограничением соли, обогащённой белками и солями калия (стол № 7)

Обеспечить проверку передач

Обеспечить уход за кожей и слизистыми

Ежедневно определять водный баланс пациента

Обеспечить контроль за режимом физиологических отправлений пациента

Обеспечить пациента тёплым судном

Обеспечить грелки для согревания постели

Взвешивать пациента 1 раз в 3 дня

Обеспечить приём лекарственных средств по назначению врача

2. Назовите причину и основные симптомы гломерулонефрита

Гломерулонефрит по механизму развития относится к группе инфекционно-аллергических заболеваний.

Первые признаки острого гломерулонефрита появляются через 1—3 недели после инфекционного заболевания или воздействия других факторов. Начинается болезнь общей слабостью, головной болью, тошнотой, болью в пояснице, познобливанием, снижением аппетита. Могут быть подъемы температуры тела до очень высоких цифр. Отмечаются бледность лица, отечность век, резкое уменьшение количества выделяемой мочи.

Уменьшение объема мочи может длиться 3—5 дней, после чего диурез увеличивается, но относительная плотность мочи, по данным анализов, снижается.

Наличие крови в моче — гематурия. Моча приобретает цвет «мясных помоев» или становится темно-коричневой либо черной.

Отеки — один из наиболее характерных симптомов гломерулонефрита. Они располагаются обычно на лице, появляются утром, к вечеру уменьшаются. До развития видимых отеков около 2—3 л. жидкости может задерживаться в мышцах, подкожной клетчатке.

Гипертония (повышение артериального давления) наблюдается примерно в 60% случаев заболевания. При тяжелом течении гломерулонефрита повышение артериального давления может длиться несколько недель.

Может быть увеличение печени, изменения функции центральной нервной системы.

3. Проведите инструктаж пациента о правилах определения водного баланса.

Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способности к самостоятельному проведению процедуры.

Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости, выпитой и выделенной в течение суток.

Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.

Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима.

Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.

Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист.

Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса. Твердые продукты питания (овощи, фрукты) могут содержать от 60 до 80% воды.

Объяснить, что в 6.00 необходимо выпустить ночную порцию мочи в унитаз.

Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течении суток, до 6.00 следующего дня.

Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.

Фиксировать количество поступившей в организм жидкости в листе учета.

В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре

Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме) по формуле:

$$\text{количество выпитой жидкости} \times 0,8 \text{ (80\%)}$$

Сравнить количество выделенной жидкости, рассчитанной по формуле с фактически выделенной.

Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме).

Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано. Примечание: это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребление мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года. Суточный водный баланс — это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- Физиотерапевтические процедуры направлены на ликвидацию воспаления, десенсибилизацию, снижение сопротивления сосудов почек, улучшение кровоснабжения почек. Из физиотерапевтических процедур, обладающих противовоспалительным и десенсибилизирующим действием, назначают УВЧ на область почек первые 3 недели, на курс 8-10 процедур. Одновременно с этими процедурами назначают одну из теплотерапевтических процедур - светотепловую ванну на поясничную область или облучение поясницы лампой соллюкс. Улучшает кровоснабжение почек и ультразвуковая терапия. При необходимости терапию можно дополнить электрофорезом с лекарственными препаратами (солями кальция, димедролом, гепарином, эуфиллином, солями магния).
- Лечебная физкультура выполняет задачи общетонизирующей терапии и улучшения кровообращения. При постельном режиме соотношение дыхательных и общеразвивающих упражнений составляет сначала 1:1, затем 2:1. При переходе к общему режиму подключают утреннюю гигиеническую гимнастику, которая должна состоять из 5-10 общеразвивающих упражнений.
- На стационарном этапе выздоровление наступает у 40-60% пациентов. Критериями выздоровления являются полное и стойкое исчезновение мочевого и экстрауретерального синдромов, нормализация биохимических показателей и функциональных проб почек.
- На поликлиническом этапе проводятся динамическое диспансерное наблюдение и оздоровление, целью которого является полное выздоровление пациента, профилактика рецидивов и перехода заболевания в хроническую форму, предупреждение простудных заболеваний. Необходимы раннее выявление и лечение очагов хронической инфекции, рекомендации пациенту избегать переохлаждения и чрезмерных физических нагрузок, работы в сырых и холодных помещениях, на открытом воздухе при низких температурах, повышенной инсоляции и соблюдать диету с ограничением соли, копченостей и консервированных продуктов.

Задача №40

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Перечислите основные симптомы язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте технику определения группы крови. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Приоритетная проблема : рвоту цвета кофейной гущи.

План:

1. Вызвать врача.

2. Уложить пациента с приподнятым ножным концом.
3. Успокоить пациента. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Положить на область эпигастрия пузырь со льдом.
5. Приготовить: набор для определения группы крови, растворы для внутривенного вливания (аминокапроновую кислоту, кикавол).

2. Перечислите основные симптомы язвенной болезни желудка и 12-и перстной кишки

- Основным клиническим симптомом язвенной болезни является боль в верхних отделах живота. Боль чаще локализуется по центру, но может распространяться под левое и правое подреберье, в околопупочную область, отдавать в спину. Она связана с приемом пищи и имеет сезонный характер с весенними и осенними обострениями.
- Язвенная боль купируется приемом антацидов и молока, уменьшается после рвоты. Боли при язвах разной локализации имеют свои особенности. При язве тела желудка имеет место «ранняя» боль, которая возникает приблизительно через час после еды, длится около 2 часов, а затем постепенно уменьшается и исчезает.
- При наличии язвы в двенадцатиперстной кишке или препилорическом отделе желудка (непосредственно перед переходом желудка в двенадцатиперстную кишку) возникают «поздние» боли, начинающиеся через 2 часа после еды, а также ночные боли, заставляющие пациентов просыпаться и принимать пищу или теплое молоко.
- Помимо болевого синдрома могут наблюдаться тошнота, рвота, отрыжка, тяжесть, распирание и переполнение в области желудка.
- Аппетит, как правило, хороший, однако в тех случаях, когда пища вызывает появление болей, пациенты стараются есть меньше.

3. Продемонстрируйте технику определения группы крови.

1. На тарелке пишут фамилию и инициалы больного;
2. Под обозначениями групп крови на тарелку различными пипетками наносят по одной крупной капле стандартные изогемагглютинирующие сыворотки соответствующих групп: 0(I), A(II), B(III) двух различных серий (каждой группы крови);
3. Кровь для исследования берут из пальца (используется скарификатор) либо из вены;
4. Шесть капель крови реципиента (капля крови должна быть в 8-10 раз меньше капли сыворотки) последовательно наносят сухой стеклянной палочкой рядом с сыворотками групп 0(I), A(II), B(III);
5. Разными сухими стеклянными палочками смешивают кровь с сывороткой и отмечают время;
6. После смешивания тарелку периодически покачивают;
7. Через 3 минуты к каждой капле смеси добавляют по 1 капле физиологического раствора (0,9% раствор NaCl), тарелку снова покачивают и спустя еще 2 минуты оценивают результаты.

Трактовка результатов:

Положительной считается реакция в том случае, если после прибавления к стандартной сыворотке, смешанной с кровью, физиологического раствора хлопья склеившихся эритроцитов не исчезают.

Отрицательной считается реакция в том случае, если смесь стандартной сыворотки и капли крови остается гомогенно окрашенной и не содержит зернышек и хлопьев.

При определении группы крови с тремя стандартными сыворотками возможны четыре истинные комбинации положительных и отрицательных реакций:

1. Признаков агглютинации эритроцитов не дает ни одна из трех стандартных сывороток. Исследуемая кровь в таком случае относится к группе 0(I);
2. Положительная реакция агглютинации получена со стандартными сыворотками 0(I) и B(III). Исследуемая кровь относится к группе A(II);
3. Положительная реакция агглютинации получена со стандартными сыворотками 0(I) и A(II). Исследуемая кровь относится к группе B(III);

4. Все сыворотки дают положительную реакцию гемагглютинации. Исследуемая кровь относится к группе АВ(IV), но такое заключение можно сделать после проверки реакции агглютинации с сывороткой АВ(IV) (реакция должна быть отрицательна).

Если получены другие комбинации, это говорит о неправильности определения группово

4.Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

После операции потребуется длительное лечение противоязвенными препаратами.

В первые 10 дней назначается постельный режим. Незначительная двигательная активность оперированным больным показана. Движение ногами разрешается сразу же после пробуждения от наркоза. Начиная с первого дня послеоперационного периода, назначается дыхательная гимнастика. Вставать с постели при отсутствии противопоказаний разрешается на 2 – 3-й день после операции.

Важным фактором успешного лечения является послеоперационная диета, которую необходимо соблюдать первые несколько месяцев. Общие принципы этой диеты – сокращение в пище простых углеводов, соли и жидкости. Такая диета препятствует возникновению воспалительных процессов и способствует восстановлению.

На второй-третий день после операции больному можно дать минеральную воду без газа, слабо заваренный чай, слегка подслащенный фруктовый кисель. Еще через несколько дней можно пить отвар шиповника, 1–3 яйца всмятку, протертые супы-пюре, разваренную и протертую гречневую или рисовую кашу, паровое творожное суфле.

Через 8–10 дней после операции можно добавить овощное пюре – пюре из картофеля, кабачков, тыквы, моркови, а также паровые котлеты из мяса или рыбы. Все – без масла.

Хлеб разрешается есть только через месяц, причем ни в коем случае не свежий, а только вчерашней выпечки. А кисломолочные продукты – не ранее чем через два месяца после операции.

При успешном послеоперационном восстановлении через 2–4 месяца можно расширять ассортимент продуктов.

Задача № 41

Пациентка Н., 35 лет поступила в стационар на лечение с диагнозом “системная красная волчанка”. Предъявляет жалобы на умеренные боли в суставах кистей, субфебрильную лихорадку, снижение аппетита, жажду, потерю массы тела. Очень беспокоят сильные боли во рту, усиливающиеся при приеме пищи. Последние два дня практически не могла есть и пить из-за плохого состояния ротовой полости.

Кожные покровы влажные, на лице эритема в виде “бабочки”, редкая геморрагическая сыпь на коже. Слизистые полости рта рыхлые, гиперемированы, множественные язвочки на деснах. Язык обложен плотным желтоватым налётом. Дёсны кровоточат при дотрагивании. Температура 37,8 град., пульс 92 в минуту, удовлетворительного наполнения качеств, АД 110/90 мм рт. ст.

Задания

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)

2.Перечислите осложнения системной красной волчанки. (У1 31 32 38 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)

3. Продемонстрируйте на муляже технику наложения согревающего компресса на суставы. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациентки: трудности при приёме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости; снижение аппетита; жажда.

Приоритетная проблема: трудности при приёме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости.

План

М/с обеспечит физический, психический и речевой покой.

М/с обеспечит дробное питание, обогащённое витаминами и белками, термически, химически, механически щадящее

М/с обеспечит полоскание полости рта после каждого приема пищи

М/с выделит пациентке отдельную посуду и обеспечит ее дезинфекцию

М/с обеспечит обработку слизистой оболочки рта растворами антисептиков и будет применять мазевые аппликации по назначению врача

М/с обучит пациентку и ее родственников правилам ухода за полостью рта

2. Перечислите осложнения системной красной волчанки

1. Почки. Почечная недостаточность является одной из основных причин смерти больных волчанкой. Признаки проблем с почками включают зуд по всему телу, боль, тошноту, рвоту, отеки.

2. Головной мозг. Если мозг затронут волчанкой, больной может испытывать головные боли, головокружение, изменения поведения, галлюцинации. Иногда возникают припадки, и даже инсульт. Многие больные волчанкой имеют проблемы с памятью и выражением своих мыслей.

3. Кровь. Волчанка может вызывать нарушения в составе крови, такие как анемия и тромбоцитопения. Последняя проявляется склонностью к кровотечениям.

4. Кровеносные сосуды. При волчанке могут воспаляться кровеносные сосуды различных органов. Это называется васкулит. Риск воспаления сосудов повышается, если больной курит.

5. Легкие. Волчанка повышает вероятность воспаления плевры – плеврита, который может сделать дыхание болезненным и затруднительным.

6. Сердце. Антитела могут атаковать сердечную мышцу (миокардит), околосердечную сумку (перикардит) и крупные артерии. Это приводит к повышению риска сердечного приступа и других тяжелых осложнений.

7. Инфекции. Люди с волчанкой становятся уязвимыми для инфекции, особенно в результате лечения стероидами и иммуносупрессорами. Наиболее часто возникают инфекции мочеполовой системы, респираторные инфекции. Распространенные возбудители: дрожжевые грибки, сальмонелла, вирус герпеса.

8. Осложнения беременности. Женщины с волчанкой имеют высокий риск выкидыша. Волчанка повышает вероятность преэклампсии и преждевременных родов. Для уменьшения риска врач может порекомендовать вам воздержаться от зачатия, пока со времени последней вспышки болезни не прошло хотя бы 6 месяцев.

9. Рак. Волчанка связана с повышенным риском многих видов рака. Более того, некоторые препараты от волчанки (иммуносупрессоры) сами по себе увеличивают такой риск.

3. Продемонстрируйте на муляже технику применения согревающего компресса на суставы.

1. Кусок марли смачивают и отжимают так, чтобы не стекала жидкость.

2. Смоченную салфетку прикладывают к больному месту.

3. Поверх марлевой салфетки кладут компрессную бумагу или клеенку, затем вату, полностью закрывая два предыдущих слоя.

4. Наложённый компресс прочно фиксируют бинтом так, чтобы не было видно предыдущих слоев.

5. Сняв компресс, кожу протирают насухо, предварительно обмыв ее теплой водой. При необходимости накладывают сухую повязку.

Время действия компресса составляет 6 - 8 ч при использовании воды и 2 - 3 ч при применении спирта.

Примечание. Правильность наложения компресса проверяют, подсунув палец под повязку через 1,0 - 1,5 ч после наложения.

Если внутренний слой влажный и под повязкой тепло, значит, компресс наложен

правильно.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- При невысокой активности патологического процесса в комплексную терапию могут быть включены электрофорез лекарственных средств (например, при артериальной гипертензии — электрофорез магния сульфата по воротниковой методике), а также электросон, электроанальгезия.
- При наличии контрактур суставов назначаются ультразвук и фонофорез 1%-ного гидрокортизона на область суставов, парафино-озокеритовые аппликации. Проявляется болеутоляющее, противовоспалительное, рассасывающее действие.
- Лечебная физкультура проводится по программе при сердечно-сосудистых заболеваниях.
- Трудотерапия. Упражнения для кистей — разминания теплого парафина (при отсутствии капиллярита). При наличии капиллярита — разминания пластилина.
- Курортное лечение
- Климатические курорты средней полосы России, Подмосковья и др.

Задача №42

Дежурную медицинскую сестру пригласили в палату к пациентке, прооперированной по поводу острого аппендицита четыре дня тому назад. На фоне полного стихания болей у нее вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны. При осмотре — края раны отечны, гиперемированы. Температура тела 38⁰С, пульс 78 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст.

Задания

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите причины и виды послеоперационных осложнений(У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Соберите набор инструментов для проведения перевязки нагноившейся послеоперационной раны. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы

Настоящие: дергающая боль, повышение температуры, покраснение и отек краев раны.

Приоритетная проблема: отек и покраснение краев раны.

План

Пригласите врача

Обеспечьте соблюдение СЭР на отделении

Под руководством врача, выполните инструментальную перевязку: обработайте края раны антисептиком, снимите швы, наложите повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия

Проведение курса антибиотикотерапии, по назначению врача

Обеспечение наблюдения за больным (измерение пульса, АД, ЧДД)

3. Назовите причины и виды послеоперационных осложнений

Различают следующие факторы риска послеоперационных инфекционных осложнений :

1 Факторы, связанные с больным: возраст старше 70 лет; состояние питания (гипотрофия, синдром мальабсорбции, ожирение) ;

сопутствующие инфекционные заболевания;

нарушение систем противомикробной защиты, в том числе иммунного статуса

(онкологический процесс, лучевая терапия, лечение кортикостероидами и иммуносупрессантами, парентеральное питание);

алкоголизм и наркомания; сопутствующие хронические заболевания (диабет, хронические воспалительные процессы, хроническая почечная или печеночная недостаточность,

недостаточность кровообращения).

Периоперационные факторы:

длительность предоперационного периода;

неправильная подготовка операционного поля;

травматичное удаление волос в области операции;

обработка кожи спиртом и хлорсодержащими антисептиками; антибиотикотерапия за не траоперационные факторы: длительность вмешательства;

степень повреждения анатомических тканей; избыточное применение электрокоагуляции; недостаточный гемостаз;

имплантация инородных материалов (лигатуры, протезы); нарушение стерильности оборудования и инструментария;

гемотрансфузии (цельной крови);

тип повязки ; дренирование раны;

нарушение гемодинамики и газообмена во время операции; низкий уровень квалификации хирурга.

Все осложнения, возникающие в послеоперационном периоде, можно разделить на три большие группы

- осложнения в органах и системах, на которых проводилось оперативное вмешательство (осложнения основного момента операции);

- осложнения в органах, на которые оперативное вмешательство непосредственного влияния не оказывало;

- осложнения со стороны операционной раны.

3. Соберите набор инструментов для проведения перевязки нагноившейся послеоперационной раны.

1. Стерильный лоток;
2. Резиновые перчатки;
3. Перевязочный материал;
4. Пинцеты;
5. Зажимы;
6. Зонд пуговичный и желобоватый;
7. Шприц с тупой иглой;
8. Проский резиновый дренаж;
9. Раствор антисептика;
10. 1% раствор йодоната;
11. 3% раствор перекиси водорода.
- 12.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В первый день до вечера из-за наркоза назначается постельный режим, вечером можно пить жидкости, поворачиваться и садиться в постели, на следующий день, вставать и ходить, принимать полужидкую пищу. Ограничения в питании отменяются через неделю.

В течении первых двух недель купание под душем, после купания обрабатывать раны йодом или зеленкой, 5% р-ром или перманганатом калия . Обычный режим труда и работы через неделю.

Задача №43

Пациентка 21 год поступила в гематологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом острый миелобластный лейкоз. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднён приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён.

На конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости

рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах.

Температура 37,3° С. Пульс 88 уд. в мин. удовлетворительных качеств, АД 120/80 мм рт. ст. частота дыхания 18 в мин.

Задания

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Подготовьте пациентку к стерильной пункции. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Заполните капельную систему. . (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациентки: испытывает трудности при приёме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости; риск присоединения вторичной инфекции.

Приоритетная проблема: испытывает трудности при приёме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости.

План

М/с обеспечит пациентке удобный прием полужидкой негорячей легкоусваиваемой пищи в течение 3-х дней.

М/с обеспечит прием обильного количества витаминизированной жидкости (некислые соки, кисель, морс, компот)

М/с проведет беседу с родственниками о необходимости дополнительного питания.

М/с выделит пациентке отдельную посуду и обеспечит дезинфекцию всех предметов ухода.

М/с рекомендует пациентке полоскать ротовую полость растворами антисептиков после каждого приема пищи (растворы соды, фурацилина, борной кислоты, перманганата калия).

2. Подготовьте пациентку к стерильной пункции.

1. Пункция костного мозга может проводиться в амбулаторных условиях:
2. Манипуляция осуществляется под местным наркозом в положении пациента лежа на спине. Для процедуры стерильной пункции применяется специальная игла – игла Кассирского. Она представляет собой короткую трубчатую иглу, имеющую гайку для ограничения глубины погружения (во избежание случайного повреждения органов средостения), мандрен (стержень для закрытия просвета иглы) и съемную рукоятку, облегчающую прокол.
3. Место пункции обрабатывается спиртом и раствором йода.
4. Далее проводится анестезия – как правило, применяют 2 % раствор новокаина. Во время процедуры пункции возможны небольшие ощущения болезненности при прокалывании и набирании костного мозга в шприц, сравнимые с обыкновенным уколом.
5. Прокол осуществляется быстрым вращательным движением иглы Кассирского (со вставленным мандреном) по средней линии на уровне второго - третьего межреберья. При прохождении иглы через слой коркового вещества и попадании в костномозговое пространство возникает отчетливое ощущение провала. Если возникают сомнения в том, проникла ли игла в костный мозг, проводится проверка пробой с аспирацией.
6. Шприц присоединяют к игле после извлечения мандрена и насыщают около 0,2 - 0,3 мл костного мозга. После этого игла извлекается из грудины, а на место прокола накладывается стерильная повязка и закрепляется с помощью лейкопластыря.

7. Полученная проба костномозговой взвеси помещается в чашку Петри, на предметном стекле готовятся мазки, которые в дальнейшем исследуются под микроскопом. Производится изучение морфологии и подсчет клеток костного мозга.

3. Заполните капельную систему.

Тщательно моются руки теплой водой, обрабатываются спиртом.

- Проверяется герметичность упаковочного пакета и срок годности системы.
- Снимается металлическая крышка с колпачка флакона, предварительно обработанная ватным шариком, смоченная 70% спиртом; обрабатывается резиновая пробка: спирт-йод-спирт.
- Вскрывается упаковочный пакет и извлекается система (все действия производятся на рабочем столе).
- Снимают колпачок с иглы «воздушки» и прокалывают пробку, вводят иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода необходимо закрепить на флаконе (это можно сделать аптечной резинкой), флакон переворачивают и закрепляют на штативе для внутривенного капельного вливания.
- Закрыв винтовой зажим, снимают колпачок с иглы на коротком конце системы, и вводят эту иглу до упора в пробку флакона.
- Через короткую иглу жидкость поступает в систему; через «воздушку» во флакон поступает воздух.
- Чтобы заполнить раствором систему и вытеснить из нее воздух, конец трубки с канюлей необходимо держать выше перевернутой капельницы.
- Капельницу заполняют на 1/2 объема (фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для вливания), переворачивают её в рабочее положение и медленно заполняют нижний отрезок системы до вытекания раствора из канюли. Необходимо проследить, чтобы в системе не остались пузырьки воздуха.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Больные хронический Лейкозы находятся, как правило, на амбулаторном лечении. В большинстве случаев даже больные, получающие цитостатическую терапию, не нуждаются в освобождении от работы, но должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением. Рекомендуется щадящий режим. Следует с большой осторожностью подходить к направлению в санатории и дома отдыха в южные районы России Им противопоказаны тепловые физиопроцедуры (УВЧ, горячие ванны и другие) и инсоляция.

При подозрении на острый Лейкозы больному делают стерильную пункцию и при подтверждении диагноза немедленно направляют в гематологические стационары, где он находится до достижения ремиссии. В дальнейшем поддерживающую терапию проводят амбулаторно. При невозможности достичь ремиссии в стационаре терапия сдерживания лейкозного процесса иногда может осуществляться амбулаторно. Вопрос о трудоспособности в таких случаях решается индивидуально. В случае стойкой утраты трудоспособности больных переводят на инвалидность.

Больным острым Лейкозы, находящимся под наблюдением амбулаторного врача, систематически (желательно ежемесячно) выполняется развернутый анализ крови, включающий определение содержания тромбоцитов и ретикулоцитов.

На первом году ремиссии стерильную пункцию производят раз в месяц, в дальнейшем — раз в три месяца. При подозрении на рецидив (ухудшение показателей крови, появление бластов, увеличение лимфатических узлов, лихорадка, болевой синдром) необходимы срочное исследование костного мозга и госпитализация больного. При контактах с больными медперсонал обязан тщательно соблюдать требования деонтологии. Следует акцентировать внимание больных на необходимости соблюдать рекомендуемый режим с целью предупреждения осложнений.

Задача №44

Медицинская сестра по дороге на работу стала свидетельницей автомобильной катастрофы. Работник ГИБДД обратился к ней с просьбой оказать помощь пострадавшему, нижние конечности в течение двух часов сдавлены опрокинувшимся автомобилем. Больной слегка заторможен, на вопросы отвечает неохотно, жалуется на умеренную боль и чувство тяжести в ногах. Общее состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в мин., удовлетворительного наполнения, не напряжен, АД 110/80 мм рт. ст.

Здания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода (ПК 1.1 ПК 2.1 ОК 1 ОК4 ОК12 ОК14)
2. Перечислите клинические симптомы синдрома длительного сдавливания (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
- 3.Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
- 4.Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента:

Настоящие: сдавливание ног тяжелым предметом; боль в ногах

Потенциальные:риск возникновения шока; олигурия; гематурия; риск возникновения обширного некроза

Приоритетная: сдавливание тяжелым предметом.

План

Введение обезболивающих препаратов (ненаркотические или наркотические анальгетики)

Наложение жгутов на обе ноги выше места сдавливания

Освобождение пострадавшего из-под автомобиля

Снятие жгутов и тугое бинтование ног от периферии к центру

Выполнение транспортной иммобилизации (аутоиммобилизация)

Охлаждение нижних конечностей (полиэтиленовые мешки со снегом, льдом, холодной водой)

Проведение простейших противошоковых мероприятий (обильное питье: содово-солевой раствор, горячий чай с добавлением алкоголя, укрыть одеялом

2. Перечислите клинические симптомы синдрома длительного сдавливания

Тяжесть клинической картины синдрома сдавления тесно связана с силой и продолжительностью сдавления, площадью поражения, а также наличием сопутствующих повреждений внутренних органов, кровеносных сосудов, костей; нервов и осложнений, развивающихся в раздавленных тканях. После освобождения от сдавления общее состояние большинства пострадавших, как правило, удовлетворительное.

Гемодинамические показатели устойчивые. Пострадавших беспокоят боли в поврежденных конечностях, слабость, тошнота. Конечности имеют бледную окраску, со следами сдавления (вмятины). Отмечается ослабленная пульсация на периферических артериях поврежденных конечностей. Быстро развивается отек конечностей, они значительно увеличиваются в объеме, приобретают деревянистую плотность, пульсация сосудов исчезает в результате сдавления и спазма. Конечность становится холодной на ощупь. По мере нарастания отека состояние пострадавшего ухудшается. Появляются общая слабость, вялость, сонливость, бледность кожных покровов, тахикардия, артериальное давление падает до низких цифр. Пострадавшие ощущают значительную болезненность в суставах при попытках произвести движения.

Одним из ранних симптомов раннего периода синдрома является олигурия: количество мочи в течение первых 2 суток снижается до 50-200 мл. при тяжелых формах иногда наступает анурия. К 3-му дню, к концу раннего периода, стабилизируется

гемодинамические показатели; отек конечностей уменьшается. К сожалению, это улучшение субъективное. Диурез остается низким (50-100 мл). на 4-й день начинается формироваться клиническая картина второго периода заболевания.

К 4-му дню снова появляются тошнота, рвота, общая слабость, вялость, заторможенность, апатия, признаки уремии. Возникают боли в пояснице, обусловленные растяжением фиброзной капсулы почки. В связи с этим иногда развивается картина острого живота. Нарастают симптомы выраженной почечной недостаточности. Появляется непрерывная рвота. Уровень мочевины в крови возрастает до 300-540 мг%, падает щелочной резерв крови. Ввиду нарастания уремии состояние больных постепенно ухудшается, наблюдается высокая гиперкалиемиа. Смерть наступает на 8-12 сутки после травмы на фоне уремии.

3.Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации

1. Иммобилизацию следует производить на месте происшествия; перекладывание, перенос пострадавшего без иммобилизации недопустимы;
2. Перед иммобилизацией необходимо введение обезболивающих средств (морфина, промедола);
3. При наличии кровотечения оно должно быть остановлено наложением жгута или давящей повязки; повязка на рану должна быть асептической;
4. Шину накладывают непосредственно на одежду, если же ее приходится накладывать на голое тело, то под нее подкладывают вату, полотенце, одежду пострадавшего; на конечностях необходимо иммобилизовать 2 близлежащих к повреждению сустава, а при травме бедра – все 3 сустава конечности;
5. При закрытых переломах во время наложения шины необходимо произвести легкое вытяжение по оси конечности за дистальную часть руки или ноги и в таком положении зафиксировать конечность;
6. При открытых переломах вытяжение недопустимо; конечность фиксируют в том положении, в котором она оказалась в момент травмы; наложенный на конечность жгут нельзя закрывать повязкой, фиксирующей шину; при перекладывании пострадавшего с наложенной транспортной шиной необходимо, чтобы помощник держал поврежденную конечность. При неправильной мобилизации смещение отломков во время перекладывания и транспортировки может превратить закрытый перелом в открытый, подвижными отломками могут быть повреждены жизненно важные органы – крупные сосуды, нервы, головной и спинной мозг, внутренние органы груди, живота, таза. Дополнительная травма окружающих тканей может привести к развитию шока.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

В отдаленном периоде больным с синдромом длительного раздавливания показаны курсы реабилитационного лечения (массаж, ЛФК), направленные на восстановление мышечной силы и устранение контрактур.

Задача №45

Пациент 60 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение по поводу ИБС, осложнённой хронической сердечной недостаточностью. Предъявляет жалобы на отеки нижних конечностей, значительное увеличение в размере живота, сердцебиение, слабость, незначительную одышку в покое. Одышка усиливается в горизонтальном положении, из-за чего плохо спит. Почти ничего не ест, страдает от необходимости ограничения жидкости, иногда пьёт воду «взахлёб». Считает себя обезображенным из-за больших размеров живота. Тревожен, на контакт идет с трудом. Бойся предстоящей абдоминальной пункции.

Положение в постели вынужденное - ортопноэ. Кожные покровы цианотичные. Пациент неорытен. Отеки стоп и голеней, ЧДД 22 в минуту, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Обучите пациента правилам определения водного баланса. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2ОК3 ОК9)
- 3.Собрать набор инструментов для проведения абдоминальной пункции (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: не может спать в горизонтальном положении из-за асцита и усиления одышки, не понимает необходимости ограничения жидкости при отёках, волнуется из-за предстоящей абдоминальной пункции, тяжело переживает изменение внешнего облика из-за асцита, не справляется с мероприятиями личной гигиены, риск развития пролежней, риск развития трофических язв в области нижних конечностей, не адаптирован к своему заболеванию.

Приоритетная проблема пациента: не адаптирован к своему заболеванию.

План :

- 1.Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости соблюдения диеты, ограничения жидкости.
2. Обеспечить строгое соблюдение диеты № 10 с ограничением соли и жидкости (суточный диурез + 400 мл), усилением белкового питания.
- 3.Обеспечить возвышенное изголовье в постели, используя по мере возможности функциональную кровать и упор для стоп; обеспечит постельный комфорт.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты по 20 минут 3 раза в день.
5. Обеспечить взвешивание пациента 1 раз в 3 дня.
6. Обеспечить подсчёт водного баланса.
7. беспечит уход за кожей и слизистыми.
8. Наблюдать за внешним видом, пульсом, АД больного.

2.Обучите пациента правилам определения водного баланса.

- 1.Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способности к самостоятельному проведению процедуры.
2. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости, выпитой и выделенной в течение суток.
3. Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.
4. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима.
5. Убедиться, что пациент не принимал диуретики в течение 3 дней до исследования.
6. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист.
7. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса.
8. Подготовить оснащение.
9. Объяснить, что в 600 необходимо выпустить ночную порцию мочи в унитаз.
10. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течении суток, до 600 следующего дня.
- 11.Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.
- 12.Фиксировать количество поступившей в организм жидкости в листе учета.

13. В 6.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре
14. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме) по формуле:

количество выпитой жидкости $\times 0,8$ (80%)

15. Сравнить количество выделенной жидкости, рассчитанной по формуле с фактически выделенной.

16. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме).

17. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано. Примечание: это может быть результатом действия диуретических лекарственных средств, употребление мочегонных продуктов питания, влияния холодного времени года. Суточный водный баланс – это соотношение между количеством введенной в организм жидкости и количеством жидкости, выделенной из организма в течение суток. Учитывается жидкость, содержащаяся во фруктах, супах, овощах и т.д., а также объем парентерально вводимых растворов

3.Собрать набор инструментов для проведения абдоминальной пункции.

1. стерильные салфетки и шарики в индивидуальной крафт-упаковке;
2. лоток;
3. резиновый переходник;
4. стерильные деревянные палочки с ватным шариком (помазки для обработки кожи);
5. средства индивидуальной защиты;
6. антисептик йодосодержащий (повидон-йод 10%, бетодин и др. или спиртосодержащий антисептик);
7. шприцы (10 мл – 2 шт. , 20 мл – 1 шт.);
8. иглы для внутривенной и внутримышечной инъекции;
9. троакар в крафт-упаковке;
10. зажим;
11. 0,5 – 2 % раствор новокаина;
12. пробирки;
13. лейкопластырь;
14. тонометр;
15. емкость для извлекаемой жидкости (таз, ведро);
16. набор для оказания неотложной помощи (нашатырный спирт, мезатон, кордиамин, строфантин, адреналин);
17. емкости с дезинфектантом;
18. станок для бритья;
19. клеенка;
20. простыня или широкое длинное полотенце;
21. направление в лабораторию.

4.Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

- Важный этап реабилитации лиц с сердечной недостаточностью – обучение пациента умению экономить необходимые в повседневной жизни усилия, чтобы они создавали как можно меньшую нагрузку на больное сердце.

- Больных, у которых недостаточность вызывает одышку, необходимо обучить экономному дыханию. Модификации подлежит также повседневная жизнь, хождение, хождение по ступенькам. Больным рекомендуется выполнять эти действия с интервалами, т.е. нагрузка длится на начальном этапе 10-30 секунд, после чего наступает примерно минутный перерыв без нагрузки.

- Пациентам также объясняют, каких усилий они должны избегать. Это, в частности, физические усилия, выполняемые лежа, с подъемом верхних конечностей над головой, поднятие тяжелых предметов, их передвижение, длительные физические нагрузки, а

также физические усилия в неблагоприятную погоду и ночью
Физические упражнения при сердечной недостаточности с небольшим упором, задействующие небольшую группу мышц.

Задача №46

Мальчик 10 лет, находится на стационарном лечении. Диагноз: тромбоцитопеническая пурпура. При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: жалобы на кровотечение из носа, которое появилось несколько минут назад (во время игры). Кожные покровы бледные, множественные кровоизлияния в виде пятен различной величины, формы, беспорядочно расположенные, различного цвета (багровый, синий, зеленый, желтый). Болен 2 года, ухудшение наступило в течение последней недели (перенес ОРВИ), появились кровоизлияния на коже и слизистой оболочке полости рта. Тревожен.

Объективно: в сознании, ориентирован, контактен. Кожные покровы бледные, ЧДД 22 в минуту, пульс 112 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Перечислите основные клинические проявления геморрагического диатеза(ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте технику передней тампонады носа. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: носовое кровотечение, беспокойство, кровоизлияния на коже, риск возникновения осложнений.

Приоритетная проблема пациента – носовое кровотечение.

План

1. Обеспечит пациенту горизонтальное положение с приподнятой головой (голову назад не запрокидывать);
2. Обеспечит пациенту холодный компресс на область переносицы и затылка;
3. Обеспечит пациенту ватные трубочки, пропитанные 3% раствором перекиси водорода, в носовые ходы;
4. Обеспечит пациенту физический и психологический покой
5. Обеспечит выполнение назначений врача
6. Проведёт беседу с родственниками

2. Перечислите основные клинические проявления геморрагического диатеза.

По течению выделяют острую и хроническую формы тромбоцитопенической пурпуры. Острая форма длится до 6 месяцев и заканчивается выздоровлением. Впоследствии повторного развития признаков болезни не происходит. У детей острая форма тромбоцитопенической пурпуры встречается чаще, чем хроническая, преимущественно в младшей возрастной группе — от 1 года до 5 лет. Как правило, ей предшествуют определенные факторы: вирусные инфекции, прививки и т.п. Характерен срок между воздействием фактора и началом заболевания, который составляет 1—3 недели.

Начало заболевания острое, внезапно появляются кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, носовые кровотечения, ухудшение общего состояния ребенка, признаки кровотечения (бледность кожи, низкое давление), температура тела повышается до 38 °С. Продолжительность заболевания при острой форме тромбоцитопенической пурпуры, как правило, не превышает 1 месяца, в течение которого происходит быстрое восстановление всех нарушений и наступает выздоровление.

3. Продемонстрируйте технику передней тампонады носа.

1. Посадить пострадавшего, голову наклонить вперед.
2. Успокоить, дать лоток для сплевывания крови.
3. На переносицу холодный компресс.
4. Прижать крылья носа к носовой перегородке на 3- 5 минут, не сморкаться.
5. Можно закапать Нафтизин, Глазолин.
6. Если через 4-5 минут кровотечение не прекратится, ввести в носовые ходы марлевые шарики, смоченные 3% перекисью водорода или 5% аминокапроновой кислотой.
7. При продолжающемся кровотечении необходимо произвести переднюю тампонаду носа с помощью пинцета или желобоватого зонда ввести в передний отдел носа марлевую турунду, смоченную 3% перекисью водорода или 5% аминокапроновой кислотой.
8. Наложить пращевидную повязку на нос.
9. Госпитализировать в ЛОР – отделение в положении сидя.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация направлена на профилактику рецидива. Она включает:

- 1) диспансерное наблюдение I раз в 1–3 месяца не менее года после выписки;
- 2) санацию хронических очагов инфекции;
- 3) лечение сопутствующих заболеваний;
- 4) предупреждение охлаждения и ОРВИ;
- 5) гипоаллергенную диету в течение года.

Задача №47

Пациент 27 лет впервые госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом: “Хронический гастрит типа В”. Предъявляет жалобы на частую изжогу, ноющую боль в подложечной области после еды, пониженный аппетит. От изжоги по совету родственника избавляется с помощью частого приёма соды в больших количествах.

Состояние удовлетворительное, рост 185 см, масса тела 70 кг, кожные покровы обычной окраски, температура тела 36,6° С, пульс 72 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. живот мягкий, болезненный в эпигастрии.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Объясните пациенту, как подготовиться к взятию кала на скрытую кровь. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте на муляже технику желудочного зондирования с применением парантерального раздражителя. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: не может принимать пищу и жидкость, спать и отдыхать из-за сильной изжоги, не знает о вреде приёма соды в больших количествах при изжоге, снижение аппетита.

Приоритетная проблема: не может принимать пищу и жидкость, спать и отдыхать из-за сильной изжоги.

План

Рекомендовать пациенту строго соблюдать диету № 1.

Рекомендовать пациенту отказаться от продуктов, вызывающих изжогу (сладкие соки, кисели, варенье, ягоды).

При появлении изжоги обеспечить пациенту прием стакана теплого молока или щелочной минеральной воды без газа.

Провести беседу с родственниками с характере передач.

2. Объясните пациенту, как подготовиться к взятию кала на скрытую кровь.

1. Установите доверительные отношения с пациентом, объясните пациенту цель предстоящего исследования и правила подготовки к нему;
2. кал собирается в день исследования утром после опорожнения кишечника в судно без воды;
3. в течение 3-5 дней перед сбором кала соблюдение диеты, в которой исключаются мясные и рыбные блюда, зеленные овощи, гранаты, яблоки, гречневая каша, нельзя принимать лекарственные препараты, содержащие железо, йод, бром, висмут;
4. При кровотечении из десен в течение всего периода подготовки к исследованию пациент не должен чистить зубы щеткой. Рекомендуйте ему вместо чистки зубов полоскать рот 3-х процентным раствором натрия бикарбоната, или другими антисептическими растворами;
5. Для достоверности исследования нужно быть уверенным, что исключено попадание крови в фекалии из кровоточащих геморроидальных вен, при кровотечении из трещины в области заднепроходного отверстия, влагалища.
6. Получить согласие пациента на проведение процедуры.
7. В день исследования:
8. Вымыть руки. Надеть перчатки.
9. Подготовить необходимое оснащение.
10. Взять шпателем после акта дефекации 5-10 г фекалий из темных участков кала и поместить их в подготовленную ёмкость. Закрыть ёмкость крышкой;
11. Поместить шпатель и перчатки в контейнер с дезинфектантом. Вымыть руки.
12. Надеть перчатки. Доставить ёмкость с направлением в клиническую лабораторию.
13. Примечание: допускается хранение ёмкости с фекалиями при температуре 3-50 С не более 8 часов; 3. Продемонстрируйте на муляже технику желудочного зондирования с применением парантерального раздражителя.

3. Продемонстрируйте на муляже технику желудочного зондирования с применением парантерального раздражителя.

- ознакомьте пациента с ходом процедуры;
 - усадите пациента так, чтобы он плотно прислонился к высокой спинке стула, а голову слегка наклонил вперед;
 - на шею и грудь пациента положите пеленку или полотенце.
- При наличии съемных зубных протезов их необходимо снять;
- для сбора вытекающей слюны дайте пациенту в руки лоток;
 - определите расстояние, на которое пациент должен проглотить зонд (рост в сантиметрах — 100);
 - наденьте перчатки;
 - достаньте из пакета стерильный желудочный зонд. Правой рукой возьмите его на расстоянии 10—15 см от слепого конца, поддерживая его свободный конец левой рукой;
 - попросите пациента открыть рот. Слепой конец зонда положите на корень языка и введите глубоко в глотку. Пациент при этом должен сидеть, глубоко дышать через нос и делать глотательные движения, что будет способствовать продвижению зонда в желудок на нужное расстояние;
 - *зонд необходимо немедленно извлечь, если пациент начнет кашлять;*
 - на протяжении 5 мин извлеките содержимое желудка (1-я порция);
 - введите через зонд 200 мл подогретого энтерального раздражителя;
 - через 10 мин извлеките 10 мл желудочного содержимого (2-я порция);
 - весь остаток пробного завтрака извлеките через 15 мин (3-я порция);
 - извлекайте содержимое желудка в течение 1 ч, меняя каждые 15 мин емкости;

- пронумеруйте пробирки и отправьте в лабораторию все 7 порций.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Для реабилитации (восстановительного лечения) после гепатита врачи проводят тщательное обследование пациента. Лабораторные анализы включают в себя биохимические показатели в сыворотке крови (билирубин, активность трансаминаз, тимоловая проба), качественные реакции мочи на уробилин и желчные пигменты. Делают общий анализ крови и общий анализ мочи.

1. Лечебно-восстановительные мероприятия включают режим, диетическое питание, витаминотерапию, медикаментозные средства, занятия лечебной физкультурой с элементами физической подготовки, физиотерапию и трудотерапию.
2. Строгое выполнение режима является основой реабилитационных мероприятий. Распорядок дня предусматривает проведение утренней гигиенической гимнастики, ежедневные занятия лечебной физкультурой (время занятия - от 30 до 90 минут в зависимости от стадии реабилитации), обязательный послеобеденный отдых.
3. Обязательна витаминотерапия, включающая суточный прием: аскорбиновой кислоты - 100 мг, никотиновой кислоты - 20 мг, тиамин, рибофлавин, пиридоксин - по 2 мг (во время завтрака, обеда и ужина).
4. Лечебная физкультура проводится по специально разработанной схеме.
5. Непременным условием успешной реабилитации больных вирусным гепатитом является устранение застоя в желчном пузыре.

Задача №48

В травматологическое отделение поступил футболист с диагнозом ушиб правого коленного сустава, гемартроз. Жалобы на боль в правом коленном суставе. Со слов пострадавшего, накануне во время футбольного матча получил удар по коленному суставу. На месте происшествия проведено обезболивание хлорэтилом и наложение давящей повязки, боль утихла, а через несколько часов вновь усилилась, появился отек. При осмотре – правый коленный сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены, активные движения ограничены, болезненны. На рентгеновских снимках костных изменений не выявлено.

Задания:

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите основные принципы наложения транспортной шины. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Составить набор инструментов для пункции коленного сустава(ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: боль в правом суставе, дефицит самохода.

Потенциальные: риск развития контрактуры коленного сустава, страх возникновения профессиональной непригодности.

Приоритетная: боль в правом коленном суставе.

План:

1. Обеспечить врачу все необходимое для пункции коленного сустава (5 мл 1% раствора новокаина, 5% раствор йода, шприц, стерильные перчатки и перевязочный материал, бинты)
2. Помощь врачу в пунктировании коленного сустава
3. Наложение давящей повязки
4. Наложение задней гипсовой лонгеты от голеностопного сустава до верхней трети бедра
5. Поместить правую нижнюю конечность на шину Белера

6. Пузырь со льдом на область правого коленного сустава

7. Контроль состояния пациента ежечасно до высыхания гипсовой лонгеты

2. Назовите основные принципы наложения транспортной шины.

1. Иммобилизацию следует производить на месте происшествия; перекладывание, перенос пострадавшего без иммобилизации недопустимы;

2. Перед иммобилизацией необходимо введение обезболивающих средств (морфина, промедола);

3. При наличии кровотечения оно должно быть остановлено наложением жгута или давящей повязки; повязка на рану должна быть асептической;

4. Шину накладывают непосредственно на одежду, если же ее приходится накладывать на голое тело, то под нее подкладывают вату, полотенце, одежду пострадавшего; на конечностях необходимо иммобилизовать 2 близлежащих к повреждению сустава, а при травме бедра – все 3 сустава конечности;

5. При закрытых переломах во время наложения шины необходимо произвести легкое вытяжение по оси конечности за дистальную часть руки или ноги и в таком положении зафиксировать конечность;

6. При открытых переломах вытяжение недопустимо; конечность фиксируют в том положении, в котором она оказалась в момент травмы; наложенный на конечность жгут нельзя закрывать повязкой, фиксирующей шину; при перекладывании пострадавшего с наложенной транспортной шиной необходимо, чтобы помощник держал поврежденную конечность.

При неправильной мобилизации смещение отломков во время перекладывания и транспортировки может превратить закрытый перелом в открытый, подвижными отломками могут быть повреждены жизненно важные органы – крупные сосуды, нервы, головной и спинной мозг, внутренние органы груди, живота, таза. Дополнительная травма окружающих тканей может привести к развитию шока.

3. Составить набор инструментов для пункции коленного сустава

1. Стерильный лоток
2. Пункционная игла диаметром на более 2 мм.
3. Пинцеты
4. Шприцы 10,0 и 20, 0 мл.
5. Шприц с инъекционной иглой
6. Раствор новокаина
7. Спирт этиловый
8. Йодонат
9. Стерильный перевязочный материал
10. Пробирка из бактериологической лаборатории
11. Резиновые перчатки
12. Лейкопластырь

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Зависимо от степени травмы реабилитационный период длится от 2 месяцев до полугода, хотя полное восстановление происходит через 8-12 месяцев, когда появляется возможность вернуться к обычным физическим и спортивным нагрузкам. Традиционная реабилитация после травмы коленного сустава проводится посредством таких процедур:

- физиотерапия – магнитотерапия и УВЧ, а после снятия гипса рекомендован также электрофорез, электростимуляция мышц и лазеротерапия, что улучшает микроциркуляцию крови в суставах;
- выполнение ряда физических упражнений, предотвращающих гиподинамию мышц;

- мануальная терапия и массаж коленного сустава после травмы – корректирует мышечный дисбаланс и увеличивает диапазон реализуемых движений;
- посещение курортно-санаторных баз – способствует быстрому восстановлению двигательных конечностей.

Особое внимание важно уделить ЛФК при травме коленного сустава, поскольку на 70% скорость и качество восстановления колена зависит именно от прикладываемых личных усилий. Посмотреть комплекс полезных упражнений можно на видео, однако нагрузка на сустав должна увеличиваться постепенно.

Задача №49

Активное посещение ребенка 5 лет, мальчик. Диагноз: ветряная оспа.

При сестринском обследовании медицинская сестра получила следующие данные: ребенок капризничает, беспокоит кожный зуд. На коже лица, туловища отмечаются высыпания пятнисто-папулезного характера, в центре — нежные пузырьки с прозрачным содержимым.

Со слов мамы болен третий день, была температура 37,8° С, ребенок стал раздражительным, нарушился сон, аппетит, на коже появились высыпания.

Объективно: температура 37,2° С. в сознании, но капризничает, беспокоит кожный зуд. На слизистой зева – везикулезные высыпания (напоминают «каплю росы») ЧДД 24 в минуту, пульс 108 в минуту.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Обучите маму правилам обработки элементов ветряной оспы. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте технику проведения туалета полости рта. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: зуд кожных покровов, нарушение сна, снижение аппетита, лихорадка.

зуд кожных. Приоритетная проблема – покровов.

План.

Обеспечить соблюдение постельного режима;

Обеспечить соблюдение правил личной гигиены;

Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания помещения и влажную уборку не реже 3 раз в день;

Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента;

Обучить маму правильной обработке ветряночных элементов;

Выполнять назначения врача;

Обучить маму правилам проведения лечебной гигиенической ванны.

2. Обучите маму правилам обработки элементов ветряной оспы.

Обработка каждого, вновь появляющегося элемента сыпи 1% раствором бриллиантовой зелени, метиленового синего или жидкостью Кастеллани. Это предупреждает вторичное инфицирование, способствует уменьшению зуда и более быстрому обратному развитию элементов сыпи. В случае появления элементов сыпи на слизистых оболочках следует применять полоскание полости рта дезинфицирующими растворами и осторожное смазывание элементов сыпи водными растворами анилиновых красок (метиленовый синий). Надо тщательно следить за состоянием конъюнктивы глаз и наружных половых

органов у детей.

3.Продемонстрируйте технику проведения туалета полости рта

- вымыть руки (гигиенический уровень);
- накрутить на палец стерильный бинт или мягкую чистую ткань;
- обмокнуть обёрнутый палец в 20% раствор буры в глицерине, раствор кандиды или 2% раствор соды (1 чайная ложка на стакан кипячёной воды комнатной температуры);
- обработать тщательно ротик ребёнка, не стараясь снять налёт, а лишь нанести на него лечебное средство;
- сбросить бинт или ткань;
- вымыть руки (бытовой уровень);
- процедуру повторять перед каждым кормлением ребёнка;
- соски матери после кормления также необходимо обрабатывать теми же растворами.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Богатая витаминами диета, без ограничений, соответствующая возрасту ребенка.

Поливитамины, витаминно-минеральные комплексы назначаются на 1,5–2 месяца.

Задача №50

В стационаре 2-е сутки находится пациентка М., 30 л., врачебный диагноз: о. лейкоз. Жалобы на выраженную слабость (не может встать с кровати), ознобы, проливные поты, боли во рту и в горле при глотании.

Объективно: кожа бледная, влажная, с обильной геморрагической сыпью. На слизистой полости рта и небных миндалинах – гнойно-некротические изменения. Т – 39,2⁰С, пульс – 98 в 1 минуту, АД 110/60, ЧДД – 22 в мин., в крови Hb 90 г/л, лейкоциты – 26 x 10⁹, СОЭ – 40 мм/час. У пациентки - подключичный катетер справа. Назначено проведение стеральной пункции.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите основные причины и симптомы лейкоза (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Подготовьте пациентку и инструментарий к проведению стеральной пункции. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Настоящие проблемы: дефицит самоухода вследствие резкой слабости, лихорадки, невозможность самостоятельного питания, вследствие болей во рту и горле, дефицит общения, из-за резкой слабости, болей в горле, дефицит информации о заболевании, обследовании и лечении.

Приоритетная проблема: дефицит самоухода как следствие резкой слабости и лихорадки.

План:

1. Режим: постельный.
2. Положение в постели – с приподнятым изголовьем.
3. Палата боксированная (асептический блок).
4. Диета: парентеральное питание по назначению врача. Скорость инфузии определяет врач.
5. Уход за кожей: смена положений тела каждый час, с одновременной обработкой кожи антисептическим раствором и легким массажем, смена постельного и нательного белья по мере загрязнения (белье стерильное).

6. Противопротозойные прокладки под крестец, пятки, локти.
7. Уход за полостью рта: полоскание рта антисептическими растворами (фурацилином, хлорофиллиптом, отваром зверобоя, тысячелистника), новокаином каждые 2 –3 часа. Обработка зубов ватными палочками 2% содовым раствором.
8. Уход при ознобе: тепло укрыть, грелки в постель.
9. Профилактика застойной пневмонии:
10. щадящая дыхательная гимнастика;
11. антибактериальная терапия по назначению врача.
12. Уход за подключичным катетером.
13. Уход за кожей вокруг катетера – по стандарту.
14. Для гепаринового замка – гепарина в 2 раза меньше, чем по стандарту.
15. Контроль гемодинамики, t° C, состояния кожи, диуреза, стула.

2. Назовите основные причины и симптомы лейкоза

Слабость, головокружения, непостоянные подъемы температуры до невысоких цифр, не связанные с какими-либо простудными заболеваниями,

Боли в костях,

Отвращение к запахам или пище, головные боли.

Чрезмерная бледность, похудание, сухость и желтушная окраска кожи, сонливость или, наоборот несвойственная раздражительность пациентов.

При некоторых видах заболевания резко увеличивается селезенка и печень, пациенты жалуются на увеличение живота в размерах, вздутие, тяжесть в подреберье, обычно это предвестники далеко зашедшей стадии.

Может отмечаться повышенная кровоточивость слизистых, мелкие высыпания на коже.

В случае опухолей лимфатической ткани первый симптом - это появление плотного безболезненного узла под кожей в местах естественных складок (в паху, в подмышечных впадинах, над ключицами, на шее)- это лимфатические узлы.

3. Подготовьте пациентку и инструментарий к проведению стерильной пункции

Подготовка пациента: пациент в день исследования находится на обычном водном и пищевом режиме. Исследование проводится через 2 часа после еды. Исключаются все лекарственные препараты, кроме необходимых по жизненным показаниям. В день проведения пункции отменяются все другие лечебные и диагностические процедуры. Перед исследованием необходимо опорожнить кишечник и мочевой пузырь.

1. Стерильный лоток
2. Пункционная игла Кассирского
3. Пинцеты
4. Шприц с инъекционной иглой -2
5. Раствор новокаина
6. Спирт этиловый
7. Стерильный перевязочный материал
8. Предметное стекло

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация сводится к санация очагов инфекции, профилактика инфекционных заболеваний. Исключению физических и психических нагрузок, полноценной диете, закаливанию. Дети освобождаются от занятий физкультурой, в весенне-зимний период обучение по школьной программе лучше проводить на дому. Необходимо оберегать ребенка от контакта с инфекционными больными.

Не рекомендуется изменение климатических условий.

Объем исследований: анализ крови общий не реже 1 раза в 2 недели с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, биохимический анализ крови (определяются билирубин,

протеинограмма, аланиновая и аспарагиновая трансминазы, мочевины, креатинина, щелочная фосфатаза), анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости.

Задача №51

В хирургическое отделение поступила больная с жалобами на боль в животе, которая держится в течение суток. При осмотре общее состояние средней тяжести, язык сухой, покрыт белым налетом, температура 38°C, разлитая болезненность при пальпации живота. Врач установил диагноз острый аппендицит и отдал распоряжение готовить больную к экстренной операции. При общении с пациенткой медицинская сестра выяснила, что больная отказывается от операции, так как считает, что боль самостоятельно исчезнет.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Составьте план предоперационной подготовки пациентки. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Составить набор инструментов для операции на органах брюшной полости (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациентки: боль в животе, дефицит самоухода, страх перед предстоящей операцией, повышение температуры.

Приоритетная проблема: страх перед предстоящей операцией

План

Проведение индивидуальной беседы с пациенткой о необходимости операции
Ознакомление пациентки с методами обезболивания, планом предоперационной подготовки, оперативного вмешательства, течением послеоперационного периода
Проведение индивидуальной беседы с родственниками

2. Составьте план предоперационной подготовки пациентки.

Термометрия, измерение А/Д, пульса.

Общий анализ крови, мочи.

Определение группы крови и резус-фактора.

Частичная санитарная обработка передней брюшной стенки.

Сухое бритье надлобковой области.

Короткая премедикация.

3. Составить набор инструментов для операции на органах брюшной полости

1. Корнцанг
2. Бельевые цапки
3. Скальпель – должны быть и остроконечный и брюшистый
4. Зажимы кровоостанавливающие Бильрота, Кохера, «москит»,
5. Ножницы
6. Пинцеты – хирургические, анатомические, лапчатые
7. Крючки (ранорасширители) Фарабефа и зубчатые тупые
8. Зонды – пуговчатый, желобоватый
9. Иглодержатель.
10. Иглы разные – набор.
11. Ранорасширителями Госсе и Микулича,
12. Брюшными зеркалами
13. Печеночными и почечными зеркалами
14. Игла Дешана.
15. Кишечные и желудочные жомы,

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Ранняя активизация больного после операции способствует скорейшему восстановлению функций всех систем организма, предотвращает возникновение осложнений, что в конечном итоге приводит к скорейшему выздоровлению. Однако, двигательный режим больного в послеоперационном периоде определяет врач, поэтому необходимую активизацию больного медсестра проводит строго по назначению лечащего врача.

Практически всем больным с первых суток после операций на органах брюшной полости разрешается перемена положения тела в пределах кровати, дыхательные упражнения, массаж.

Сразу же после операции на область раны с целью сужения мелких сосудов и предупреждения развития гематомы кладут пузырь со льдом. Кроме того, местное применение холода оказывает обезболивающий эффект.

Вместе с врачом средний и младший медицинский персонал принимает активное участие в наблюдении за оперированным - следят за общим состоянием, внешним видом (цвет кожи), частотой, ритмом, наполнением пульса, артериальным давлением, частотой, глубиной дыхания, мочеиспусканием, количеством мочи, отхождением газов и стула.

После операций на органах брюшной полости наблюдается временное нарушение двигательной функции желудочно-кишечного тракта, поэтому у больных могут возникнуть икота, отрыжка, тошнота, рвота, вздутие кишечника, задержка газов, стула, мочеиспускания

Задача №52

Девочке 8 лет. Диагноз: дискинезия желчевыводящих путей.

Жалобы на тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку, периодическую рвоту. Боли усиливаются после употребления жирной пищи. Стул со склонностью к запорам. Аппетит у девочки плохой. Мама считает дочку больной в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, суховатые на ощупь. Девочка пониженного питания. Язык влажный, густо обложен у корня белым налетом. Пульс 88 уд./мин., ЧДД 22 в минуту, АД 100/50. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья, при поколачивании по реберной дуге справа возникает боль.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Проведите беседу о рациональном питании детей школьного возраста. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте технику дуоденального зондирования. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: отрыжка, тошнота, рвота, нарушение питания, снижение аппетита, боль в области правого подреберья, нарушение опорожнения кишечника (запор).

Приоритетная проблема: нарушение комфортного состояния (отрыжка, тошнота, рвота).

План

Обеспечить соблюдение предписанной диеты

Обеспечить соблюдение режима дня

Создать вынужденное положение пациенту при болях

Научить пациента приемам борьбы с тошнотой и отрыжкой

Оказать помощь пациенту при рвоте

Провести беседу с пациентом и его родственниками о характере предписанной ему диеты и необходимости ее соблюдения

Обеспечить комфортные условия для пациента в стационаре

2. Проведите беседу о рациональном питании детей школьного возраста.

1. вегетарианские супы, борщи, молочные крупяные супы;
2. нежирные сорта мяса, птицы, рыбы, приготовленные на пару или отварные;
3. рис, гречка, макароны, вермишель, молочные каши из них,
4. отварные, запеченные, паровые овощи;
5. маложирная ряженка, творог, кефир, йогурт, паровая творожная запеканка, неострые и несоленые сыры;
6. яйца всмятку, паровой омлет;
7. сливочное и растительное масло;
8. белый черствый хлеб, сухие бисквиты, галеты;
9. спелые сладкие фрукты, клубника, земляника;
10. некрепкий чай, мед, мармелад, зефир, пастила, варенье, карамель.

3. Продемонстрируйте технику дуоденального зондирования.

1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.
2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.
3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.
4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.
5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10 - 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.
6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.
7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.
8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10 - 15 см для продвижения зонда внутри желудка.
9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.
10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.
11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье - теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.
12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.
13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.
14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет

светло-желтую окраску). За 20 - 30 мин поступает 15 - 40 мл желчи - количество, достаточное для исследования.

15. Используя шприц как воронку, вводят в двенадцатиперстную кишку 30 - 50 мл 25 % раствора магния сульфата, подогретого до +40...+42°C. На зонд накладывают зажим на 5-10 мин или свободный конец завязывают легким узлом.

16. Через 5-10 мин снимают зажим. Опускают свободный конец зонда в баночку. Когда начинает поступать густая желчь темно-оливкового цвета, опускают конец зонда в пробирку В (порция В из желчного пузыря). За 20 - 30 мин выделяется 50 - 60 мл желчи.

17. Как только из зонда вместе с пузырьной желчью будет поступать желчь ярко-желтого цвета, опускают его свободный конец в баночку до выделения чистой ярко-желтой печеночной желчи.

18. Опускают зонд в пробирку С и набирают 10 - 20 мл печеночной желчи (порция С).

19. Осторожно и медленно усаживают пациента. Извлекают зонд. Пациенту дают прополоскать рот приготовленной жидкостью (водой или антисептиком).

20. Поинтересовавшись самочувствием пациента, доставляют его в палату, укладывают в постель, обеспечивают покой. Ему рекомендуют полежать, так как магния сульфат может снизить АД.

21. Пробирки с направлениями доставляют в лабораторию.

22. Зонд после исследования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, потом обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

23. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

ЛФК, массаж и физические методы лечения и восстановления предусматривают воздействие на механизмы регуляции функций желчного пузыря, создание условий для оттока желчи, улучшения функции всей пищеварительной системы и общее укрепление организма. В занятиях ЛГ используется преимущественно положение лежа на правом боку, чтобы облегчить свободное перемещение желчи к шейке желчного пузыря и по пузырному протоку; положение на левом боку используется для облегчения тока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Существенное место отводится дыхательным упражнениям.

При выполнении упражнений для туловища (наклоны, повороты) нужно следить за состоянием больного, так как возможны диспептические явления в виде тошноты и даже рвоты. Поэтому движения должны быть плавными, с постепенно возрастающей амплитудой, чередуясь с дыхательными упражнениями, в соотношении к общеразвивающим 1:2. Время занятий 25—35 мин.

Помимо ЛГ используются также малоподвижные игры и ходьба.

Из общеразвивающих упражнений должны исключаться упражнения для мышц живота и ограниченно — для крупных мышечных групп, необходимо также избегать статических напряжений мышц. Темп выполнения упражнений медленный, с постепенным переходом к среднему. Длительность занятий 20—30 мин.

Из физических факторов наибольшее применение находят различные ванны: радоновые, хвойные, минеральные. Эффективно назначение электрофореза, гальванического воротника, ультразвука. Рекомендуются также прием внутрь минеральной воды малой и средней минерализации («Ессентуки № 4», «Славяновская», «Смирновская», «Нарзан» и др.).

Задача №53

На амбулаторный прием обратилась пациентка Д., 54 л., с диагнозом мочекаменная болезнь, оксалатные камни. Жалобы на периодические приступообразные боли в поясничной области, боли в конце мочеиспускания после употребления в пищу квашеной

капусты, клюквы, лимонов, черной смородины. Последний раз на приеме была год назад, диету не соблюдает, лекарств никаких не принимает.

Объективно: рост 165 см, вес 90 кг, ЧСС 80 в мин, АД 150/100 мм рт. ст. (р.д. 140/90 мм рт. ст.), ЧДД 18 в мин.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Проведите беседу с пациенткой о приемах самопомощи при приступе почечной колики. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Продемонстрируйте на муляже технику применения грелки на поясничную область. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента: дискомфорт, связанный с дизурией и с болями, неадекватное отношение к состоянию своего здоровья, дефицит информации о питании.

Приоритетная проблема: неадекватное отношение к состоянию своего здоровья.

План

1. Режим – амбулаторный, щадящий.
2. Избегать подъема тяжестей, вибрации, работы в наклон
3. Диета № 8.
4. Исключить продукты, богатые щавелевой и аскорбиновой кислотой: яблоки, кислую капусту, кислые ягоды и т.д.
5. Питьевой режим – количество жидкости увеличить до 2 – 2,5 литра в день, но строго следить за АД, при повышении на 10 –15 мм рт. ст. от рабочего – жидкость ограничивать по диурезу.
6. Побеседовать с пациенткой и ее родственниками о необходимости соблюдения режима и диеты.
7. Контроль диуреза, t, АД, ЧСС, ЧДД.

2. Проведите беседу с пациенткой о приемах самопомощи при приступе почечной колики.

Если температура тела пациента не повышена и возможно мочевыведение, прикладывают горячую грелку на проекцию почки. Можно полежать в горячей ванне. Воду при этом следует делать максимально горячей, насколько пациент может выдержать. Эта процедура чаще всего быстро снимает боль, напряжение гладкой мускулатуры внутренних органов, устраняет спазмы. Длительность процедуры 10 – 20 минут. Предпочтительнее всего делать процедуру посреди ночи. Полезным будет налить в воду отвар полевого хвоща. Очень осторожно эту процедуру следует делать людям преклонного возраста, а также страдающим заболеваниями сосудов и болезнями сердца. В ряде случаев горячая ванна может интенсифицировать боль. Тогда следует немедленно прекратить прогревание.

3. Продемонстрируйте на муляже технику применения грелки на поясничную область.

Подготовьте:

- грелку резиновая 1,5—2 л;
- вода — 60—70°C,
- полотенце,
- ёмкость с 1%-ным раствором хлорамина,
- две салфетки для дезинфекции грелки,
- термометр для измерения температуры воды.

1. Измерьте температуру приготовленной воды.
2. Налейте горячую (60°C) воду в грелку.

3. Выпустите воздух сжатием верхней трети грелки, завинтите пробку.
4. Опрокиньте грелку пробкой вниз, вытрите грелку насухо.
5. Заверните грелку в полотенце.
6. Приложите грелку к нужной области тела на 20 минут (при длительном применении по назначению врача делать 10—15-минутные перерывы, меняя воду).

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитация пациентов с приступами почечной колики сводится:

- Обильное питье 2.5-3 литра в день чистой воды способствуют предотвращению образованию камней в почках. Из питания у больных с мочекаменной болезнью следует исключить обильное потребление мяса, шоколада, молочно-растительных продуктов, большое количество соленых и копченых продуктов также способствует отложению солей в почках
- Физические упражнения могут способствовать отхождению конкрементов.

Задача №54

В отделении гнойной хирургии находится больная с диагнозом «облитерирующий эндоартериит левой нижней конечности. Влажная гангрена левой стопы». При осмотре левая стопа и голень отечны, бледные, пульсация на тыле стопы не определяется. Имеется участок с пузырями, заполненными геморрагическим содержимым, – в центре мокнущая поверхность со зловонным запахом.

Общее состояние тяжелое, пациентка заторможена, пульс 116 ударов в мин., слабого наполнения, АД 110/60 мм рт. ст., температура 39,2°С, олигурия.

Задания:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 31)
2. Перечислите основные принципы лечения влажной гангрены. (ПК 1.2 ПК 2.2 ПК 2.6 ПК 2.7 ОК 2 ОК3 ОК9)
3. Составить набор инструментов для некротомии. (ПК1.3 ПК 2.3 ПК 2.5 ПК 2.8 ОК5 ОК6 ОК13)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациентки: боль в области левой стопы, повышение температуры тела, уменьшение количества мочи, страх перед предстоящим лечением, дефицит самоухода. Приоритетная проблема: боль в левой стопе.

План

1. Вызов врача
2. Ежедневные инструментальные перевязки (промывание раны 3% раствором перекиси водорода, дренирование, повязки с водными растворами антисептиков)
3. Наложение съемной задней гипсовой лонгеты от кончиков пальцев стопы до коленного сустава
4. Введение антибиотиков, по назначению врача
5. Введение большого количества жидкостей парэнтерально (реополиглюкин, электролитные растворы, маннитол), по назначению врача
6. Наблюдение за состоянием пациента (измерение АД, пульса, количества введенной и выведенной жидкости)

2. Перечислите основные принципы лечения влажной гангрены.

1. Применяют повязки с гипертоническим раствором, этиловым спиртом, антисептиками, мазями на водорастворимой основе, сорбенты.
2. Некротизированные ткани обрабатывают спиртовым раствором бриллиантового зеленого, перманганатом калия.
3. Борьба с интоксикацией: введение полиионных растворов в объеме до 3000-4000 мл и

5% раствора глюкозы из расчета 50-70 мл на 1 кг/веса/сут; гемодез 400,0 мл, растворы NaCl 0,9%; ; Калия хлорида 10%, (в 500,0мл 5% глюкозы, только капельно в течение 1 часа и не более 2,5 г) или панангина 7,5%.

4. Из белковых препаратов вводят нативную или сухую плазму, смеси аминокислот - альвезин, амином по 400,0 мл.

5. С целью улучшения реологических показателей крови реополиглюкин, реоглюман. Реоглюман вводить предпочтительнее, так как в состав его входит осмодиуретик маннитол.

6. Антибиотики широкого спектра, антибиотики резерва, метронидазол, метрагил). Необходимо применять сухое тепло, магнитотерапию.

7. Но-шпа-2,0; галидор-2,0; солкосерил 5,0; никотиновая кислота — 1,0; димедрол 1% — 1,0 в 400,0 мл реополиглюкина в/в; гепарин из расчета 15 тыс. ЕД в сутки, через каждые 3-4 часа).

3. Составить набор инструментов для некротамии

1 - зажим типа "Корнцанг" (по Гросс-Майеру) прямой;

2 - бельевые цапки;

3 - зонд пуговчатый (Воячека);

4 - желобоватый зонд;

5 – набор хирургических игл;

6 - атравматическая игла с шовной нитью.

7. Корнцанг, применяется для обработки операционного поля. Их может быть два.

8. Скальпель – должны быть и остроконечный и брюшистый, несколько штук, т.к. в процессе операции их приходится менять, а после грязного этапа операции – выбрасывать.

9. Ножницы – прямые и изогнутые по ребру и плоскости – несколько штук.

6. Пинцеты – хирургические, анатомические, лапчатые, они должны быть маленькие и большие.

8. Зонды – пуговчатый, желобоватый, Кохера.

9. Иглодержатель.

10. Иглы разные – набор.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Физическая терапия обычно включает в себя обучение по уходу за культы, а также выполнять растяжку и несущие упражнения для увеличения подвижности.

Лица с одним или несколькими пальцами ампутировали может потребоваться несколько сессий физической терапии переучиваться механики ходьбе в результате снижения стабильности. Лица научиться ходить с тростью или может потребовать протез, который надевается на ногу, чтобы увеличить стабильность.

Люди с ампутации ног или нижней конечности требует обширной физической терапии, как в больнице и в амбулаторных условиях. Как только размер культы стабилизируется, люди идут к сертифицированной протезист быть приспособлен для конечностей протезов, а также узнать, как надевать и снимать протез конечности. Люди начинают ходить в множестве параллельных брусках, а затем перейти к навыкам, таким как ходьба и переговоры лестнице. Некоторые люди могут потребовать трость или костыли для увеличения стабильности, даже с протезами конечностей. Другие, такие как физических лиц в плохое общее здоровье или тех, кто был выше колена ампутации, может потребоваться инвалидной коляске мобильности. В этом случае, люди оснащены пользовательских инвалидной коляске и научиться использовать его более пандусы, бордюры и тротуары. Те, кто не ходить помощью протеза ноги все еще может быть оснащен косметическим протезом.

Задача № 55

Пациент Б. 48 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом

отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения. Жалобы на сильные боли в эпигастриальной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета “кофейной гущи”. Больным считает себя в течении 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больной связывает со стрессом. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастриальной области. Пациенту назначено исследование кала на скрытую кровь.

Задания

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Объясните пациенту правило взятия кала на скрытую кровь. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения желудочного зондирования. (ПК1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите состояние пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациента

Настоящие :боли в эпигастрии; отрыжка; запор; метеоризм; плохой сон; общая слабость.

Потенциальные: риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).

Приоритетная проблема пациента: боль в эпигастриальной области.

План

Обеспечить лечебно-охранительный режим.

Обеспечить питанием пациента в соответствии с диетой №1а.

Обучить пациента правилам приема назначенных лекарственных средств.

Объяснить пациенту суть его заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики.

Обеспечить правильную подготовку пациента к ФГДС и желудочному зондированию.

Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов.

Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, характер стула).

2. Объясните пациенту правило взятия кала на скрытую кровь.

1. В течение 3 сут из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата.

2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома.

3. Дают пациенту пузырек для кала или показывают, где он находится в санитарной комнате.

4. Четко определяют день забора кала и просят пациента опорожнить кишечник в этот день с 6.00 до 7.00 в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька).

5. Отправляют кал на исследование.

6. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

7. При положительном результате исследования немедленно сообщают врачу.
- 3. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения желудочного зондирования.**
1. Объясняют пациенту необходимость процедуры и ее последовательность.
 2. Накануне вечером предупреждают, что предстоящее исследование проводится натощак, а ужин перед исследованием должен быть не позднее 18.00.
 3. Приглашают пациента в зондажный кабинет, удобно усаживают на стул со спинкой, слегка наклоняют его голову вперед.
 4. На шею и грудь пациента кладут полотенце, просят его снять зубные протезы, если они есть. Дают в руки лоток для слюны.
 5. Достают из бикса стерильный зонд, увлажняют кипяченой водой конец зонда с оливой. Берут его правой рукой на расстоянии 10 - 15 см от оливы, а левой рукой поддерживают свободный конец.
 6. Встав справа от пациента, предлагают ему открыть рот. Кладут оливу на корень языка и просят сделать глотательное движение. Во время проглатывания продвигают зонд в пищевод.
 7. Просят пациента глубоко подышать носом. Свободное глубокое дыхание подтверждает нахождение зонда в пищеводе и снимает рвотный рефлекс от раздражения задней стенки глотки зондом.
 8. При каждом глотании пациента зонд вводят глубже до четвертой отметки, а затем еще на 10 - 15 см для продвижения зонда внутри желудка.
 9. Присоединяют к зонду шприц и тянут поршень на себя. Если в шприц поступает мутноватая жидкость, значит зонд находится в желудке.
 10. Предлагают пациенту проглотить зонд до седьмой отметки. Если позволяет его состояние, лучше это сделать во время медленной ходьбы.
 11. Пациента укладывают на топчан на правый бок. Под таз подкладывают мягкий валик, а под правое подреберье - теплую грелку. В таком положении облегчается продвижение оливы к привратнику.
 12. В положении лежа на правом боку пациенту предлагают проглотить зонд до девятой отметки. Зонд продвигается в двенадцатиперстную кишку.
 13. Свободный конец зонда опускают в баночку. Баночку и штатив с пробирками ставят на низкую скамеечку у изголовья пациента.
 14. Как только из зонда в баночку начинает поступать желтая прозрачная жидкость, свободный конец зонда опускают в пробирку А (дуоденальная желчь порции А имеет светло-желтую окраску). За 20 - 30 мин поступает 15 - 40 мл желчи - количество, достаточное для исследования.
 15. Используя шприц как воронку, вводят в двенадцатиперстную кишку 30 - 50 мл 25 % раствора магния сульфата, подогретого до +40...+42°C. На зонд накладывают зажим на 5-10 мин или свободный конец завязывают легким узлом.
 16. Через 5-10 мин снимают зажим. Опускают свободный конец зонда в баночку. Когда начинает поступать густая желчь темно-оливкового цвета, опускают конец зонда в пробирку В (порция В из желчного пузыря). За 20 - 30 мин выделяется 50 - 60 мл желчи.
 17. Как только из зонда вместе с пузырьной желчью будет поступать желчь ярко-желтого цвета, опускают его свободный конец в баночку до выделения чистой ярко-желтой печеночной желчи.
 18. Опускают зонд в пробирку С и набирают 10 - 20 мл печеночной желчи (порция С).
 19. Осторожно и медленно усаживают пациента. Извлекают зонд. Пациенту дают прополоскать рот приготовленной жидкостью (водой или антисептиком).
 20. Поинтересовавшись самочувствием пациента, доставляют его в палату, укладывают в постель, обеспечивают покой. Ему рекомендуют полежать, так как магния сульфат может снизить АД.
 21. Пробирки с направлениями доставляют в лабораторию.
 22. Зонд после исследования замачивают в 3 % растворе хлорамина на 1 ч, потом

обрабатывают по ОСТ 42-21-2-85.

23. Результат исследования подклеивают в историю болезни.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Реабилитаци при язвенной болезни дедится на 3 этапа

1. Реабилитация протекает около двух недель. В это время показаны дыхательные упражнения статического характера, усиливающие процессы торможения в коре головного мозга. Выполняемые в исходном положении лежа на спине с расслаблением всех мышечных групп эти упражнения в состоянии привести больного в дремотное состояние, способствовать уменьшению болей, устранению диспептических расстройств, нормализации сна. Используются также простые гимнастические упражнения для малых и средних мышечных групп, с небольшим числом повторений в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями в расслаблении, но противопоказаны упражнения, способствующие повышению внутрибрюшного давления. Продолжительность занятий 12—15 мин, темп выполнения упражнений медленный, интенсивность малая.

2. Реабилитация второго периода назначается при переводе больного на палатный режим. К задачам первого периода добавляются задачи бытовой и трудовой реабилитации больного,

восстановление правильной осанки при ходьбе, улучшение координации движений. Второй период занятий начинается при значительном улучшении состояния больного. Рекомендуются УГГ, ЛГ, массаж брюшной стенки. Упражнения выполняются в положении лежа, сидя, в упоре на коленях, стоя с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп, по прежнему исключая мышцы брюшного пресса. Наиболее приемлемым является положение лежа на спине: оно позволяет увеличивать подвижность диафрагмы, оказывает щадящее влияние на мышцы живота и способствует улучшению кровообращения в брюшной полости. Упражнения для мышц брюшного пресса больные выполняют без напряжения, с небольшим числом повторений. Лечебная гимнастика проводится 1—2 раза в день.

3. Реабилитация третьего периода заключается в общем укреплении и оздоровлении организма больного; улучшение крово- и лимфообращения в брюшной полости; восстановление бытовых и трудовых навыков

В санаторно-курортных условиях объем и интенсивность занятий ЛФК увеличивается, показаны все средства и методы ЛФК. Рекомендуются УГГ в сочетании с закаливающими процедурами; дозированная ходьба, прогулки (до 4—5 км); спортивные и подвижные игры; лыжные прогулки; трудотерапия. Используется также лечебный массаж: сзади — сегментарный массаж в области спины от С4 до Д9 слева, спереди — в эпигастральной области, расположении реберных дуг. Массаж поначалу должен быть щадящим.

Интенсивность массажа и продолжительность процедуры постепенно увеличивается от 8—10 до 20—25 мин к концу лечения.

Задача №56

Пациентка 21 год поступила в гематологическое отделение на стационарное лечение с диагнозом острый миелобластный лейкоз. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднен приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён.

На конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах.

Температура 37,3° С. Пульс 88 уд. в мин. удовлетворительных качеств, АД 120/80 мм рт. ст. частота дыхания 18 в мин.

Задания

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Подготовьте пациентку к стерильной пункции. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Заполните капельную систему. . (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ

1. Определите проблемы пациентки. Составьте план сестринской помощи.

Проблемы пациентки: испытывает трудности при приеме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости; риск присоединения вторичной инфекции.

Приоритетная проблема: испытывает трудности при приеме пищи и жидкости из-за воспаления и нарушения целостности слизистой оболочки ротовой полости.

План

М/с обеспечит пациентке удобный прием полужидкой негорячей легкоусваиваемой пищи в течение 3-х дней.

М/с обеспечит прием обильного количества витаминизированной жидкости (некислые соки, кисель, морс, компот)

М/с проведет беседу с родственниками о необходимости дополнительного питания.

М/с выделит пациентке отдельную посуду и обеспечит дезинфекцию всех предметов ухода.

М/с рекомендует пациентке полоскать ротовую полость растворами антисептиков после каждого приема пищи (растворы соды, фурацилина, борной кислоты, перманганата калия).

2. Подготовьте пациентку к стерильной пункции.

1. Пункция костного мозга может проводиться в амбулаторных условиях:
2. Манипуляция осуществляется под местным наркозом в положении пациента лежа на спине. Для процедуры стерильной пункции применяется специальная игла – игла Кассирского. Она представляет собой короткую трубчатую иглу, имеющую гайку для ограничения глубины погружения (во избежание случайного повреждения органов средостения), мандрен (стержень для закрытия просвета иглы) и съемную рукоятку, облегчающую прокол.
3. Место пункции обрабатывается спиртом и раствором йода.
4. Проводится анестезия – применяют 2 % раствор новокаина.
5. Прокол осуществляется быстрым вращательным движением иглы Кассирского (со вставленным мандреном) по средней линии на уровне второго - третьего межреберья. При прохождении иглы через слой коркового вещества и попадании в костномозговое пространство возникает отчетливое ощущение провала. Если возникают сомнения в том, проникла ли игла в костный мозг, проводится проверка пробой с аспирацией.
6. Шприц присоединяют к игле после извлечения мандрена и насасывают около 0,2 - 0,3 мл костного мозга. После этого игла извлекается из грудины, а на место прокола накладывается стерильная повязка и закрепляется с помощью лейкопластыря.
7. Полученная проба костномозговой взвеси помещается в чашку Петри, на предметном стекле готовятся мазки, которые в дальнейшем исследуются под микроскопом. Производится изучение морфологии и подсчет клеток костного мозга.

3. Заполните капельную систему.

Тщательно моются руки теплой водой, обрабатываются спиртом.

- Проверяется герметичность упаковочного пакета и срок годности системы.
- Снимается металлическая крышка с колпачка флакона, предварительно обработанная ватным шариком, смоченная 70о спиртом; обрабатывается резиновая пробка: спирт-йод-спирт.
- Вскрывается упаковочный пакет и извлекается система (все действия производятся на рабочем столе).
- Снимают колпачок с иглы «воздушки» и прокалывают пробку, вводят иглу до упора в пробку флакона, свободный конец воздуховода необходимо закрепить на флаконе (это можно сделать аптечной резинкой), флакон переворачивают и закрепляют на штативе для внутривенного капельного вливания.
- Закрыв винтовой зажим, снимают колпачок с иглы на коротком конце системы, и вводят эту иглу до упора в пробку флакона.
- Через короткую иглу жидкость поступает в систему; через «воздушку» во флакон поступает воздух.
- Чтобы заполнить раствором систему и вытеснить из нее воздух, конец трубки с канюлей необходимо держать выше перевернутой капельницы.
- Капельницу заполняют на 1/2 объёма (фильтр должен быть полностью погружен в жидкость для вливания), переворачивают её в рабочее положение и медленно заполняют нижний отрезок системы до вытекания раствора из канюли. Необходимо проследить, чтобы в системе не остались пузырьки воздуха.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Больные хронический Лейкозы находятся, как правило, на амбулаторном лечении. В большинстве случаев даже больные, получающие цитостатическую терапию, не нуждаются в освобождении от работы, но должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением. Рекомендуется щадящий режим. Следует с большой осторожностью подходить к направлению в санатории и дома отдыха в южные районы России. Им противопоказаны тепловые физиопроцедуры (УВЧ, горячие ванны и другие) и инсоляция.

В дальнейшем поддерживающую терапию проводят амбулаторно. Госпитализируют больного в случае развития агранулоцитоза или глубокой тромбоцитопении. При невозможности достичь ремиссии в стационаре терапия сдерживания лейкозного процесса иногда может осуществляться амбулаторно. Вопрос о трудоспособности в таких случаях решается индивидуально. В случае стойкой утраты трудоспособности больных переводят на инвалидность.

Больным острым Лейкозы, находящимся под наблюдением амбулаторного врача, систематически (желательно ежемесячно) выполняется развёрнутый анализ крови, включающий определение содержания тромбоцитов и ретикулоцитов.

На первом году ремиссии стерильную пункцию производят раз в месяц, в дальнейшем — раз в три месяца. При подозрении на рецидив (ухудшение показателей крови, появление бластов, увеличение лимфатических узлов, лихорадка, болевой синдром) необходимы срочное исследование костного мозга и госпитализация больного. При контактах с больными медперсонал обязан тщательно соблюдать требования деонтологии. Следует акцентировать внимание больных на необходимости соблюдать рекомендуемый режим с целью предупреждения осложнений.

Задача №57

В отделение гнойной хирургии поступила пациентка с жалобами на уплотнение и боль в правой подмышечной впадине. Со слов пациентки, несколько дней назад выбрила волосы в подмышечных впадинах.

При осмотре медицинская сестра обнаружила в правой подмышечной впадине уплотнение округлой формы, болезненное на ощупь, кожа над ним гиперемирована, отмечается местное повышение температуры.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
2. Назовите причины и симптомы гидроденита(У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Назовите вид бинтовой повязки, необходимой для пациентки, и выполните ее. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациентки

Настоящие проблемы: боль и уплотнение в правой подмышечной области; дефицит самоухода.

Потенциальная проблема: риск перехода заболевания в стадию абсцедирования.

Приоритетная проблема: боль и уплотнение в правой подмышечной впадине вследствие развитие гидраденита.

План

1. Вызов врача.
2. Обеспечение асептического окружения (туалет кожи подмышечной впадины, сухое бритье)
3. По назначению врача, согревающий компресс на правую подмышечную впадину
4. Наложение косыночной повязки на правое предплечье
5. Обеспечение физиотерапевтического лечения
6. Обеспечение проведения антибиотикотерапии по назначению врача.
7. Беседа о заболевании, его возможных причинах и мерах профилактики рецидива
8. Контроль за температурой тела, пульсом, АД, общим состоянием пациентки, повязкой

2. Назовите причины и симптомы гидроденита Воспаление потовых желез при гидрадените происходит двумя основными путями: через микроскопические повреждения на коже либо с током лимфы из любой другой системы организма. Повредить кожу в области подмышек можно при удалении волос бритвенным станком. Чрезмерная потливость также может рассматриваться как одна из причин развития гидраденита, поскольку постоянное намокание кожи способствует размножению различных вирусов, грибков и бактерий.

Воспаление потовых желез часто возникает у лиц с ослабленным иммунитетом, женщин, имеющих гормональные нарушения организма, эндокринные заболевания, лишний вес. Несоблюдение правил личной гигиены, особенно в жаркую погоду, также может вызвать развитие гидраденита.

Симптомы: повышение температуры, сильная боль в области воспаления, недомогание организма, слабость, легкая тошнота.

По мере созревания инфильтрата центральная его часть становится мягкой, через кожу в месте его локализации явно начинает проступать гной. Затем очаг гидраденита вскрывается, наружу выходит его гнойное содержимое. В гное при этом может отмечаться примесь крови. После прорыва инфильтрата и выхода гноя самочувствие больной, как правило, улучшается. Продолжительность развития гидраденита составляет 10-12 дней. Затем в месте локализации нарыва образуется заметный безболезненный рубец. В момент прорыва гнойника и выхода его содержимого наружу следует более тщательно следить за собственной гигиеной. В составе гноя присутствует большое количество стафилококков, вызвавших воспаление. Их попадание на кожу крайне неблагоприятно, поскольку может вовлечь в воспалительный процесс расположенные рядом, но оставшиеся нетронутыми потовые железы. В данном случае заболевание начнется с новой силой, но уже с вовлечением в процесс нагноения соседних желез.

3. Назовите вид бинтовой повязки, необходимой для пациентки, и выполните ее.

- бинт ведут через здоровую подмышечную ямку по передней поверхности грудной клетки с переходом на плечо (1);
- огибая плечо, бинт проводится по внутренней поверхности плеча и из подмышечной ямки поднимается косо по плечу (2);
- дальше бинт ведется по спине в направлении здоровой подмышечной ямки, откуда по передней поверхности грудной клетки он возвращается по плечу, закрывая предыдущий тур бинта наполовину (3);
- туры бинта повторяются 3-5 раз и повязка фиксируется на передней грудной стенке (4-10).

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Обязательно проводят общеукрепляющее лечение в виде витаминно-минеральных комплексов, лекарственных препаратов, воздействующих на отдельные звенья иммунитета (после иммунограммы - анализа крови, выявляющего все «поломки» иммунитета). Иногда проводят так называемую специфическую иммунотерапию: вводят стафилококковый анатоксин, анти-стафилококковому гамма-глобулин - все это способствует выработке иммунитета по отношению к возбудителю заболевания.

Задача №58

Пациент, 22 года, поступил на стационарное лечение в кожное отделение клиники с диагнозом: чесотка.

Жалобы на зуд, преимущественно на руках и животе, усиливающийся в ночное время, плохой сон.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. На коже живота, боковой поверхности туловища, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей имеются везикуло-папулезные высыпания, чесоточные ходы, экскориации.

Рс., АД, дыхание в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме. Пациенту назначено: лечение 20% эмульсией бензилбензоата.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК1.3 ПК2.2 ОК3 ОК7 У5 У1 З1)
2. Назовите основные причины и пути передачи чесотки. (У1 З1 З2 З8 ОК6 ОК9 ПК 1.1 ПК2.1 ПК2.6)
3. Перечислите основные правила лечения чесотки. (ПК 1.3 ПК2.3 ОК12 ОК14 У2 У7 У9)
4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Ответ:

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода.

Проблемы пациента

Настоящие: нарушение сна; зуд кожных покровов.

Потенциальные: осложнения, связанные с инфицированием (присоединением вторичной инфекции).

Приоритетная проблема: зуд, усиливающийся в ночное время.

План

1. Обеспечить физический и психический покой и объяснить причину зуда
2. Выполнить назначения врача: обработать больного 20% раствором бензилбензоата
3. Сменить постельное и нательное бельё после первой обработки
4. Провести беседу с пациентом о соблюдении санитарно-гигиенического режима в период лечения и после выздоровления
5. На пятый день после первого втирания, душ и смена белья

2. Назовите основные причины и пути передачи чесотки.

Чесотку вызывают самки чесоточного клеща. Попадая на кожу человека, они

проделывают ходы под роговым слоем эпидермиса, откладывая ежедневно по 2-3 яйца. Из яиц вылупляются личинки, которые через 2-3 недели превращаются в половозрелых особей. Чесотка передается только от человека к человеку. Чаще всего заражение происходит при тесном контакте с больным. Этому способствует скученность населения, антисанитарная обстановка и беспорядочная половая жизнь. В редких случаях возможен путь передачи через предметы быта (постельное белье, полотенца, мочалка и т.д.). Среди детей инфекция может передаваться через игрушки, если ими предварительно пользовался больной ребенок

3. Перечислите основные правила лечения чесотки.

Перед тем, как начать лечение, следует сменить нательное, постельное белье, мочалки и принять душ. Принимать ванну или душ во время лечения нельзя.

Любые средства — мази против чесотки, растворы, спреи используются на ночь, кожу голову под волосами обрабатывать не надо, обрабатывать следует все тело, а не только пораженную область.

После лечения снова следует также сменить постельное и нательное белье и принять душ.

При наличии автоматической стиральной машины достаточно выбрать самую длительную по времени программу с максимальной температурой — этого будет достаточно для дезинфекции. После этого, для верности, прогладить утюгом с обеих сторон.

Подушки и одеяла следует подержать на открытом воздухе 5 дней. То же самое касается вещей, которые нельзя стирать или игрушек, обуви — их следует герметично упаковать в полиэтиленовые пакеты и выждать 5 дней.

Мягкую мебель и матрасы обработать аэрозолем для уничтожения насекомых.

Местные средства для лечения чесотки нельзя использовать дольше, чем рекомендует врач, несмотря на продолжающийся зуд, поскольку это может спровоцировать зуд уже от препарата и вызвать признаки передозировки.

Если зуд продолжается после лечения, продолжите прием антигистаминных средств.

4. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе.

Постинфекционная реабилитация будет заключаться в восстановлении буферной функции кожи — применение ванн с добавлением масел, смягчающие кремы, продолжение применения витаминных комплексов. Лечение народными средствами лучше не применять, т.к область фитотерапии развита недостаточно и нет уверенности в добросовестности изготовления препаратов производителями; улучшение может наступить только симптоматически. Но абсолютно безвредным можно считать применение ванн с ромашковым отваром.

3. Заключение

Данное методическое пособие по своему содержанию полностью раскрывает поставленную цель и поможет обучающемуся не только правильно подготовиться и успешно сдать экзамен, но и получить полное представление об экзамене квалификационном по ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

Данное методическое пособие может быть использовано для подготовки обучающихся к экзамену квалификационному по ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

1. Список использованной литературы.

- Рабочая программа профессионального модуля ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах по специальности 34.02.01 Сестринское дело базовая подготовка среднего профессионального образования
- комплект контрольно-оценочных средств по профессиональному модулю пм. 02. участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах основной профессиональной образовательной программы по специальности спо 34.02.01 сестринское дело, базовая подготовка среднего профессионального образования
- Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. Пособие / И.К. Славянова – 7 –е изд – Ростов – на- Дону: Феникс, 2011.
- Славянова И.К. С/ дело в акушерстве и гинекологии / И.К. Славянова – 6 –е дополненное и переработанное – Ростов – на- Дону: Феникс, 2010.
- Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева. – изд. 10 Ростов- на –Дону: Феникс, 2010.
- Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева. – изд. 8 Ростов- на –Дону: Феникс, 2009.
- Зудин Б.И. Кожные и венерические болезни. – М. : Медицина, 1990г. 1996г.
- Яговдик Н.З. Кожные и венерические болезни. – Минск: Высшая школа, 1999г.
- Сестринское дело в хирургии – Самара: ГП Перспектива, 2000г.
- Барыкина Н.В. Травматология для медицинских колледжей. Ростов – на-Дону: Феникс, 2004г.
- Котельникова Г.П. Травматология. М.: Академия, 2004г.
- Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова; под ред. Р.Ф. Морозовой. – Изд 14-е – Ростов- на Дону: Феникс, 2011.
- Соколова Н.Г. Сестринское дело в педиатрии: практикум / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская; под ред. Р.Ф. Морозовой –Изд 8-е, - Ростов-на-Дону: Феникс, 2011.

2. Приложение

ЕТЖТ - филиал РГУПС

Рассмотрено ЦК общепрофессиональных дисциплин и профессиональных модулей медицинского профиля Пр.№ «___» _____ 201_ г. Председатель _____ Т.М. Лавлинская	ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № ПМ 02. УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ 34.02.01 Сестринское дело Группа 411 ЕЛСД, Семестр VIII	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора филиала по УМР _____ С. В Иванова «___» _____ 201_ г.
--	--	--

Инструкция

Вам предлагается решить 3 ситуационные задачи с выполнением к ним заданий. Время выполнения заданий – 20 мин.

Задача №1

В отделение гнойной хирургии поступила пациентка с жалобами на уплотнение и боль в правой подмышечной впадине. Со слов пациентки, несколько дней назад выбрила волосы в подмышечных впадинах.

При осмотре медицинская сестра обнаружила в правой подмышечной впадине уплотнение округлой формы, болезненное на ощупь, кожа над ним гиперемирована, отмечается местное повышение температуры.

Задания

1. Назовите вид бинтовой повязки, необходимой для пациентки, и выполните ее. (ПК 2.2 ПК 2.4 ОК 4 ОК6)
2. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

Задача №2

На стационарном лечении находится 12-месячный ребенок. Диагноз: анемия железодефицитная, рахит.

Ребенок быстро утомляется, не активен, аппетит плохой. Рацион питания ребенка однообразен – молочная пища; фрукты, овощи предпочитают ребенку не давать, т.к. боятся расстройства пищеварения.

Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, от молодых родителей. Отец с семьей не живет.

Ребенок на улице бывает редко, т.к. находится на попечении бабушки. У мамы хронический тонзиллит, работает технологом.

Объективно: бледен, трещины в углах рта («заеды»). Голова немного увеличена с выпячиванием лобных бугров, большой родничок еще открыт на 2х2 см. На грудной клетке определяются четки. ЧДД 32 в минуту, пульс 120 уд./мин. Живот мягкий. Стул со склонностью к запорам.

Задания

1. Дайте рекомендации матери по полноценному питанию ребенка 12 месяцев (ПК 2.1 ПК 2.2 ОК 1 ОК9)
2. Продемонстрируйте технику исследования пульса и ЧДД. (ПК 2.1 ПК 2.2 ПК 2.6 ОК2 ОК7)

Задача №3

Пациент С., 38 лет, поступил в инфекционную больницу с диагнозом: острая дизентерия, средней тяжести. При сестринском обследовании мед.сестра получила следующую

информацию: жалобы на схваткообразные боли в животе, учащенный жидкий стул со слизью (выделения скудные, частота стула 9 раз), повышение температуры, слабость. Считает себя больным в течение одного дня. За 5 дней до заболевания ел немытые фрукты, купленные на рынке. В контакт вступает хорошо, боится заразить свою семью. Объективно: температура 37,8оС, 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, горячие на ощупь нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Стул: неоформленный слизистый. Диурез в норме.

Задания

1. Определите проблемы пациента. Составьте план сестринского ухода. (ПК2.2 ПК 2.3 ОК1 ОК2)
2. Продемонстрируйте на фантоме технику внутримышечной инъекции. (ПК 2.1 ПК2.4 ПК 2.5 ОК6 ОК12)
3. Осуществите реабилитационные мероприятия на данном этапе. (ПК2.7)

_____ И.Н. Сапрыкина

_____ Т.М. Лавлинская

_____ Т.Б. Косыгина

_____ З.Н. Бокарева