

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Отчет по производственной практике ГБУЗ РБ Архангельская ЦРБ



ГБУЗ РБ Архангельская ЦРБ



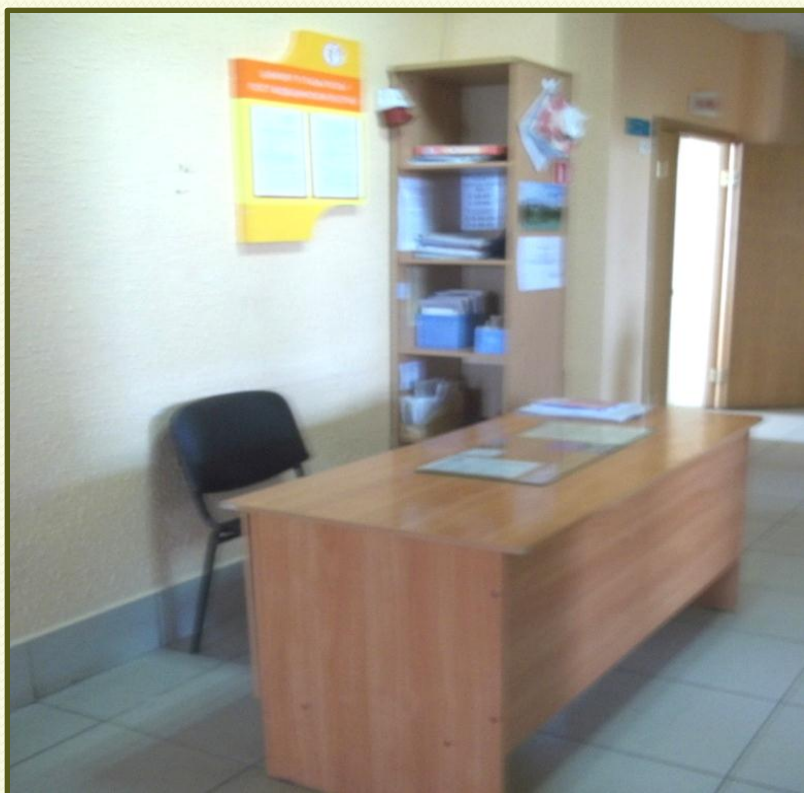
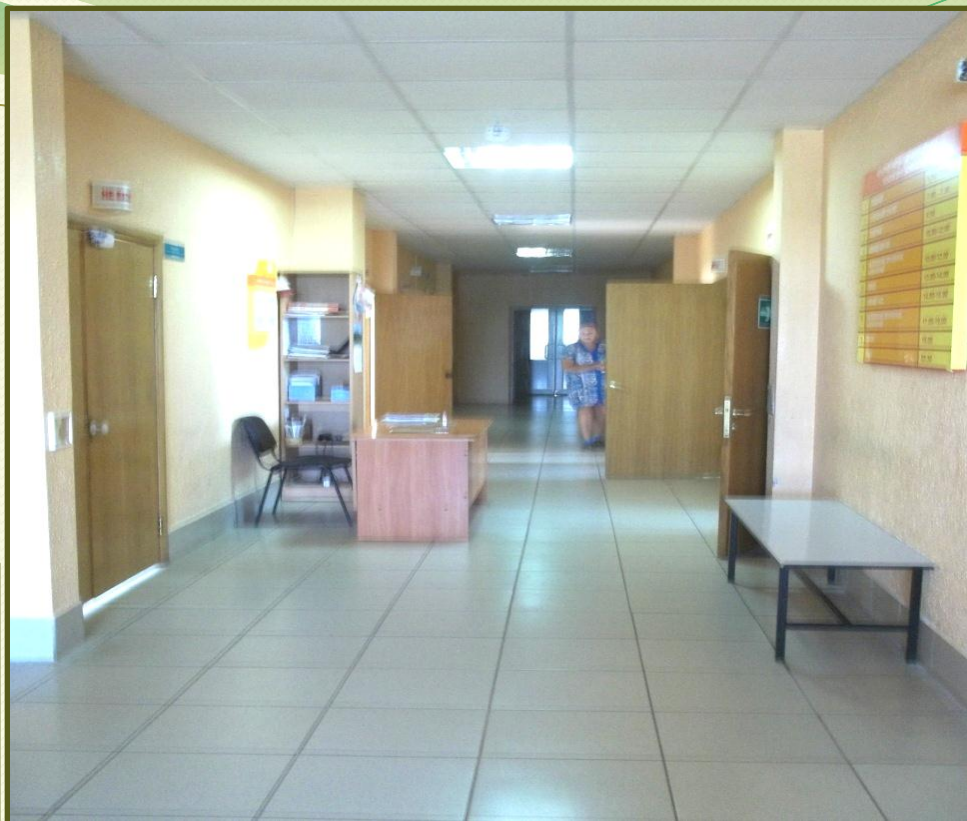
Архангельская ЦРБ — постоянно развивающееся и совершенствующееся лечебно-профилактическое учреждение. В работе организации используются самые современные информационные технологии. Для удобства пациентов в работе широко используется возможность электронной записи к врачу онлайн через международную сеть Интернет при помощи сервиса "Электронная регистратура". Прикреплённое к лечебно-профилактическому учреждению обслуживаемое население Архангельского района составляет около 18 тысяч человек. Кроме жителей района, здесь так же могут получить помощь и все жители прилегающих районов.

В структуре Архангельской ЦРБ, в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный круглосуточный стационар, стационар дневного пребывания при поликлинике, офисы врачей общей практики, отделение скорой медицинской помощи. Для обслуживания сельского населения - фельдшерско акушерские пункты. Диагностическую службу представляют клинико-диагностическая (общеклиническая и биохимическая) лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, кабинеты флюорографии, рентгенологический кабинет, службы ЛФК и физиотерапии



В больнице имеются отделения:

- гинекологическое
- терапевтическое
- неврологическое
- хирургическое
- педиатрическое
- акушерское
- дневной стационар



Каждое отделение
оснащено
соответствующей
аппаратурой, которое
позволяет оказывать
медицинские услуги.



Служебные помещения также содержат необходимые оборудования.

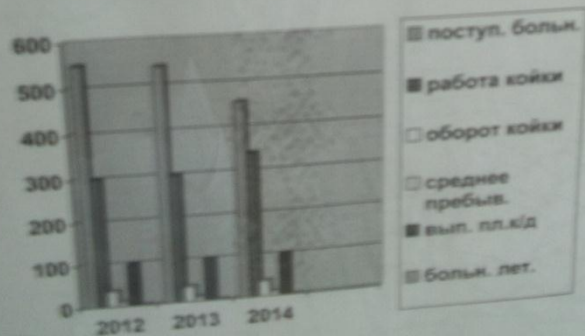
В каждом отделении имеются помещения как для медицинского персонала, так и палаты для больных расположенных с соблюдением всех гигиенических норм.



Показатели работы больницы

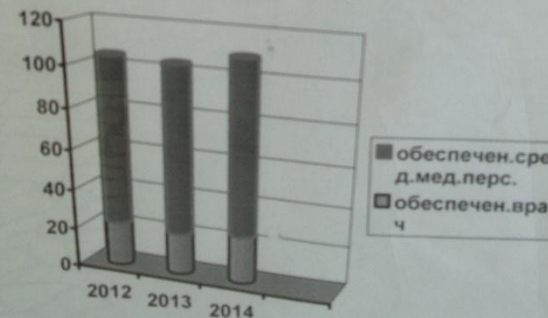
ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ДСО МУЗ ЦАРЬ
ЗА 2012-2014гг.

Наименование	2012г	2013г	2014г
Поступило больных	550	541	456
Работа койки	298	299	340
Оборот койки	36,6	36,7	36,9
Среднее пребыв.	9,8	9,7	9,8
Выполнение плана койко-дней	98,1%	100	99,9
Больничная летальность	0	0	0

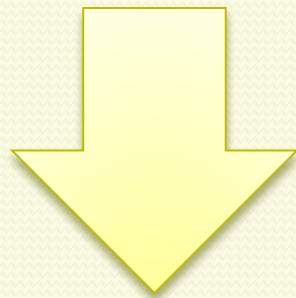


ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ И СРЕДНИМ
МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ НА 10
тыс. НАСЕЛЕНИЯ ПО АРХАНГЕЛЬСКОМУ
РАЙОНУ ЗА 2012 -2014 г.

	2012	2013	2014
обеспеченность врачами	22,7	21,4	24,4
обеспеченность средним медицинским персоналом	82,3	82,3	84,7



«Помощник младшего медицинского персонала»



Подсчет пульса на периферических артериях



Пульс — периодические толчкообразные колебания стенок, сосудов, вызванные движением крови, выталкиваемой сердцем во время систолы.

Где проводится исследование пульса?

Исследования пульса проводят в местах, где артерии расположены поверхностно. Пульс можно прощупать на височной, сонной, бедренной артериях, артериях стопы и др. Удобнее всего определять пульс на лучевой артерии.

Какова техника исследования пульса у больного?

Медицинская сестра располагает II—IV пальцы своей правой руки по ходу лучевой артерии, начиная с основания I пальца больного. Пульсирующую под пальцами артерию слегка прижимают к лучевой кости. Исследование пульса необходимо проводить на обеих руках, сравнивая его свойства.

Как оценивается частота пульса?

Частота пульса колеблется от 60 до 80 в 1 минуту. Она может варьировать в широких пределах в зависимости от пола, возраста, температуры окружающей среды и т. д. У женщин пульс несколько чаще. Повышенная частота пульса называется тахикардией, пониженная — брадикардией. Подсчет пульса производят в течение не менее 30 секунд, а при неритмичном пульсе — 60 секунд. При дефиците пульса (разница частоты пульса и сердечных сокращений) следует одновременно (двум измеряющим) подсчитывать частоту сердечных сокращений (выслушиванием) и пульсовых ударов.

Приготовление рабочих растворов дезинфицирующих средств



Приготовлением дезрастворов занимается специально обученное лицо – дезинфектор. Приготовление проводится в хорошо проветриваемом помещении с применением спецодежды, резиновых перчаток, герметических очков и четырехслойной марлевой повязке. Хранят дезинфицирующие средства в местах, недоступных для детей и лиц не занимающихся дезинфекцией. Емкости с дезинфицирующими средствами должны иметь плотно закрывающие крышки и быть промаркированы. На каждой емкости должна быть этикетка с указанием названия, концентрации, а также даты приготовления, срока годности, росписи лица, приготовленного данный раствор. Запас дезсредств хранят в сухом темном месте, прохладном помещении под замком. При попадании дезсредств в глаза и на слизистую оболочку – промыть проточной водой. После применения раствора руки вымыть с мылом и смазать любым кремом.

ПРАВИЛА ПРИГОТОВЛЕНИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ ХЛОРСОДЕРЖАЩИХ РАСТВОРОВ.

ОСНАЩЕНИЕ: контейнеры или эмалированные емкости (стеклянные) с плотно притертыми крышками, деревянные палочки, ложки мерные, вода, мерная кружка, дезинфектант

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ приготовления рабочего дезинфектанта:

1. Налить в мерную кружку необходимое количество воды.
2. Налить в контейнер (емкость) $\frac{1}{3}$ воды до заданного количества.
3. Насыпать (налить) необходимое количество дезинфектанта.
4. Перемешать раствор.
5. Долить остаток воды и еще раз перемешать раствор. Плотнo закрыть крышкой.
6. Емкость промаркировать, на бирке указать: дату приготовления, срок годности, название дезинфектанта, его %, подпись приготовившего

Смена постельного белья

Сменить постельное белье тяжелобольному можно двумя способами..

Первый способ применяется в том случае, **если пациент может повернуться в постели:**

скатайте чистую простыню по длине до половин;
поднимите голову пациента и уберите подушку;
смените наволочку на подушке;
переместите пациента к краю кровати, повернув его набок лицо к себе (желательно, чтобы помощник придерживал пациента);
скатайте грязную простыню по всей длине по направлению к больному;
расстелите чистую простыню на освободившейся части постели;
поверните пациента на спину, затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне;
уберите грязную простыню и расправьте чистую, подверните края простыни под матрац;
поднимите голову и плечи пациента и положите подушку.

Второй способ смены постельного белья применяется **при полной неподвижности пациента:**

скатайте чистую простыню в поперечном направлении;
приподнимите осторожно верхнюю часть туловища пациента, уберите подушку (желательно, чтобы помощник придерживал пациента);
скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясницы пациента, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню;
положите подушку на чистую простыню и опустите на нее голову пациента;
попросите пациента согнуть ноги в коленях, опереться стопами о кровать и приподнять таз (если пациенту сделать это трудно, помощник подложит левую руку под крестец пациента и поможет ему приподнять таз);
сдвиньте грязную простыню, продолжая следом расправлять чистую;
попросите пациента опустить таз;
приподнимите и придержите ноги пациента в области голени, продолжая сдвигать грязную простыню и расправлять чистую;
опустите ноги пациента;

заправьте края простыни под матрац.



Измерение артериального давления



Правила измерения артериального давления

Перед измерением АД в течение 1 часа нельзя курить, пить кофе, использовать препараты группы адреномиметиков (в т.ч. нафтизин в каплях в нос, эфедрин и его производные), испытывать большие физические нагрузки.

Измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещенными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 5 минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать.

Измерение АД в особых случаях можно проводить лежа или стоя.

При первичном измерении следует определить АД на обеих руках и в дальнейшем измерять АД на той руке, где давление было выше.

(Разница АД на руках до 10-15 мм рт. ст. нормальна.)

Измерение АД ручным тонометром (метод Короткова)

Манжета тонометра должна находиться на уровне сердца (середины груди) на 2 см выше локтевого сгиба. Между не надутой манжетой и рукой должен проходить палец. Манжета должна охватывать не менее 80% окружности плеча и не менее 40% длины плеча. Возможно (но не рекомендуется) наложение манжеты на рукав из тонкой ткани, если это не мешает проводить измерение.

Мембрану фонендоскопа поместите на точку пульсации плечевой артерии (ориентировочно в область локтевой ямки).

Быстро накачайте воздух в манжету с помощью груши (не забудьте предварительно закрыть клапан (вентиль) груши, чтобы воздух не выходил обратно) до уровня давления на 20 мм рт. ст. превышающего систолическое (по исчезновению пульса).

Медленно выпускайте воздух из манжеты (с помощью клапана) со скоростью 2 мм рт. ст. в сек. Первый услышанный удар (звук, тон) соответствует значению систолического (верхнего) давления. Уровень прекращения тонов соответствует диастолическому (нижнему) давлению. Если тоны очень слабы, следует поднять руку, несколько раз согнуть и разогнуть её и повторить измерение.

Нормальный уровень АД : 110-139 / 60-89 мм рт. ст. для взрослых

Транспортировка больных

Транспортировка больных может осуществляться различными способами.

В зависимости от тяжести состояния и вида поражения или заболевания пострадавших **транспортируют** до машины скорой помощи и от машины до приемного отделения:

- на руках;
- пешком;
- на костылях, с поддержкой;
- на носилках.

В машинах скорой помощи больных перевозят лежа на носилках с поднятым головным или ножным концом (в зависимости от диагноза) или сидя. Детей перевозят на руках. Фельдшер должен во всех случаях находиться в салоне рядом с больным и контролировать его состояние, при необходимости — оказывать помощь. Допускается на усмотрение фельдшера сопровождение больного родственником или знакомым. Детей, как правило, перевозят в сопровождении родителей.

Транспортировка пешком

Пешком, а в машине сидя транспортируют больных с нетяжелыми соматическими заболеваниями, с травмами верхних конечностей, при хирургических заболеваниях, не требующих госпитализации на носилках. При возникновении головокружения и (или) длительном времени транспортировки таких больных в машине следует уложить на носилки.

Транспортировка на костылях с поддержкой

На костылях с поддержкой можно транспортировать больных с травмами голени и стопы (после транспортной иммобилизации) в случае нетяжелых повреждений.

Транспортировка на руках с поддержкой

На руках транспортируют детей, а также взрослых при невозможности использовать носилки.



Транспортировка на носилках

На носилках транспортируют всех больных в бессознательном состоянии, в состоянии шока, тяжелых больных, с нарушением мозгового кровообращения, с острым инфарктом миокарда, всех рожениц, беременных с осложнениями беременности (эклампсия, угроза прерывания и др.), с травмами бедра (перелом, обширные раны), с тяжелыми или средней тяжести хирургическими или гинекологическими заболеваниями органов брюшной полости, с черепно-мозговыми травмами, с сочетанными поражениями, с травмами позвоночника.

Техника переноски на носилках

При возможности на носилки следует предварительно постелить одеяло или прочное покрывало так, чтобы одна его половина (вдоль) покрывала носилки, а другая лежала рядом. После укладывания на носилки больного его накрывают этой половиной. В дальнейшем снимать больного с носилок удобнее, держась за края покрывала. Если больной не может сам перебраться на носилки, их ставят ножным концом к изголовью, вдвоем поднимают больного и переносят на носилки. В холодное время года следует надеть на больного головной убор, укутать ноги. Не следует также забывать о необходимости дополнительного согревания больных, находящихся в состоянии шока.

По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед. Исключение — острая кровопотеря, очень низкое артериальное давление. В этом случае поступают наоборот.

При невозможности пронести носилки в квартире или по лестнице больного переносят на одеяле. В крайнем случае, если и это по каким-либо причинам невозможно, носилки устанавливают у подъезда, а больного спускают на руках, в лифте — на табурете или стуле, который надо поставить туда заранее.

Больных, находящихся в бессознательном состоянии, из-за угрозы аспирации рвотных масс и западения языка транспортируют в устойчивом боковом положении, (рис. 5).

Устойчивое боковое положение для транспортировки больных

Голова при этом отгибается назад. Желательно уложить больного на правый бок, т. к. при этом менее выражены нарушения кровообращения и дыхания (если только у него не повреждена правая половина грудной клетки!).

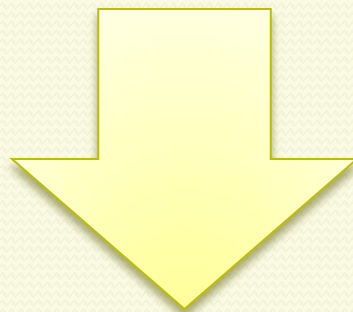
Транспортировать больных с повреждениями позвоночника следует на спине на жестком щите. При его отсутствии — на обычных полумягких носилках на животе. При повреждении шейного отдела позвоночника — всегда на спине, после иммобилизации. Запрещается укладывать больных с травмой позвоночника на бок!

Запрещается укладывать в горизонтальное положение больных в состоянии отека легких, во время приступа бронхиальной, сердечной астмы и дыхательной недостаточности, вызванной другими причинами. Их следует транспортировать в положении сидя, детей — держать на руках вертикально.

После перевозки инфекционного больного машину скорой помощи подвергают дезинфекции. Персонал должен сменить халаты. Более одного инфекционного больного можно перевозить только в том случае, если они страдают одним и тем же инфекционным заболеванием с учетом степени заразности в разные периоды болезни.

Транспортировка крайне тяжелых больных допускается только реанимационными бригадами. Перед транспортировкой необходимо провести комплекс лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию состояния.

«Помощник палатной медицинской сестры»



Предстерилизационная подготовка изделий медицинского назначения и контроль качества стерилизации



Изделия медицинского назначения многократного применения, подлежащие стерилизации, перед стерилизацией подвергаются предстерилизационной очистке. Эта операция направлена на удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений, остатков лекарств.

Отсюда следуют требования к средствам, используемым для предстерилизационной очистки. Они должны обладать моющими свойствами, хорошо смываться водой, не оказывать повреждающее воздействие на материалы, не быть токсичными.

Предстерилизационную очистку изделий медицинского назначения осуществляют Предстерилизационную очистку изделий осуществляют ручным или механизированным способом (в ультразвуковых установках).

Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения проводят планомерно центры Роспотребнадзора - 1 раз в 2 года и по эпидпоказаниям. Самоконтроль в ЛПУ проводят в ЦСО - ежедневно, в отделениях - не реже 1 раза в неделю старшей медицинской сестрой.

Контроль качества предстерилизационной очистки осуществляют до проведения стерилизации путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы.

Азопирамовая проба. Азопирам выявляет наличие следов крови, пироксида растительного происхождения, хлорсодержащих препаратов, стирального порошка с отбеливателем и ржавчины. Азопирам содержит 10% амидопирин, 0,1–0,15% солянокислый анилин и 95° этиловый спирт, хранится в плотно закрытом флаконе при комнатной температуре (10–23°C) не более 1 месяца. Перед постановкой азопирамовой пробы смешивают азопирам и 3% раствор перекиси водорода в равных по объему количествах и работают этим реактивом в течение 1–2 часа. Проба с азопирамом по чувствительности в 10 раз превышает амидопириновую.

Амидопириновая проба. Рабочий раствор для постановки амидопириновой пробы представляет собой смесь равных количеств 5% спиртового раствора амидопирина, 30% уксусной кислоты и 3% раствора перекиси водорода. С помощью этой пробы определяют качество отмывки инструментов от остатков крови.

Фенолфталеиновая проба позволяет выявить наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющего препарата. Для реакции используют 1% раствор фенолфталеина.

На контролируемое изделие наносят 2–3 капли реактива и протирают его тампоном. При положительной азопирамовой пробе возникает фиолетовое окрашивание, быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое и буроватое. Окрашивание, наступившее позже чем через 1 минуту, не учитывается. Буроватое окрашивание появляется при наличии ржавчины и хлорсодержащих окислителей, в остальных случаях окрашивание розово-сиреневое.

Измерение температуры тела



Перед **термометрией** влажную подмышечную впадину насухо вытирают от пота, чтобы показания термометра не были занижены. Необходимо убедиться, что показания на шкале термометра ниже 35°C . Поместить термометр так, чтобы резервуар с ртутью находился в центре подмышечной впадины пациента (полностью соприкасался с кожей). Попросить пациента прижать руку к грудной клетке. Положение пациента лёжа или сидя. Беспокойным и ослабленным больным, маленьким детям **медицинская сестра** в течение всего времени термометрии придерживает руку сама. Длительность термометрии в подмышечной впадине и паховой складке составляет 10 минут.

Измерение температуры тела проводится, как правило, дважды в день: утром в 7-8 ч и вечером в 17-18 ч. Следует отметить, что температура тела минимальная рано утром (между 3 и 6 ч), а максимальная - во второй половине дня (между 17 и 21 ч).

В нашей стране чаще всего **термометрию** проводят в подмышечной впадине, реже в паховой складке (у детей). Для быстрого выявления (например, в детских коллективах) людей с высокой температурой применяют «Термотест» - полимерную пластинку, покрытую эмульсией из жидких кристаллов. Для измерения температуры ее накладывают на лоб: при $36-37^{\circ}\text{C}$ зеленым цветом на пластинке светится буква N (Norma), а выше 37°C - буква F (Febris - лихорадка). Высоту подъема температуры определяют медицинским термометром.



Участие в постановке внутривенно капельного введения лекарственного вещества



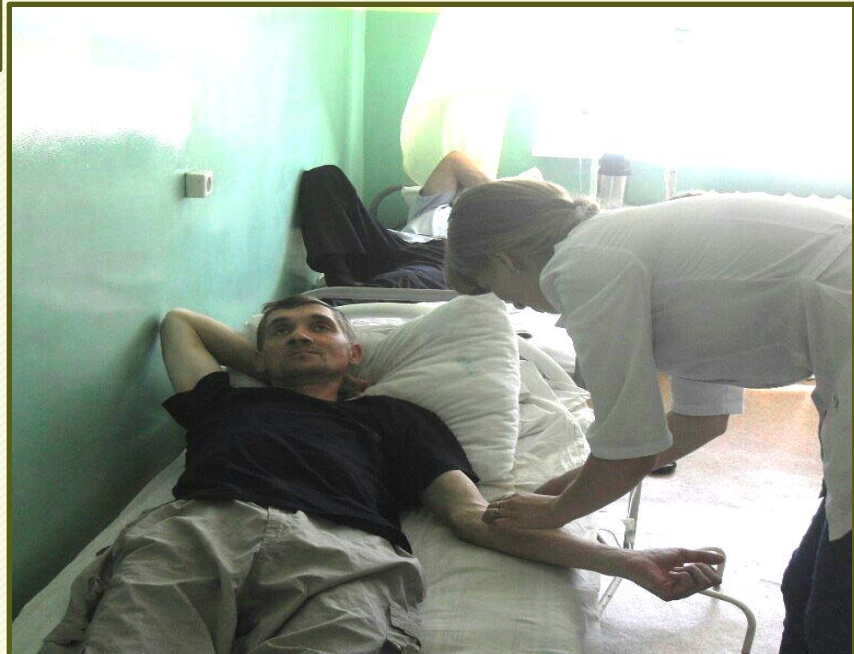
Обрабатывают область локтевого сгиба последовательно двумя ватными шариками (салфетками) с кожным антисептиком; пациент при этом сжимает и разжимает кисть.

- Фиксируют вену, натянув кожу локтевого сгиба.
- Снимают колпачок с иглы и пунктируют вену, как обычно (кисть пациента при этом сжата в кулак), прикрывают канюлю иглы стерильным шариком.
- Когда из канюли иглы покажется кровь, снимают жгут.
- Присоединяют систему к канюле иглы, открывают зажим.
- Регулируют винтовым зажимом скорость поступления капель согласно назначению врача.
- Наблюдают в течение нескольких минут, не появится припухлость вокруг вены и болезненность. Если все сделано правильно, иглу осторожно фиксируют к коже лейкопластырем и закрывают ее стерильной салфеткой.

По окончании процедуры надевают перчатки, закрывают винтовой зажим, извлекают иглу из вены, прижав место инъекции шариком (салфеткой) со спиртом на 5—7 мин (не оставлять вату у пациента!); можно зафиксировать шарик бинтом. Убедитесь, что кровотечение остановилось!

Снимите перчатки, вымойте руки.

- Если потребуется последовательно ввести *лекарственные растворы из нескольких флаконов*, поступают следующим образом: когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, быстро извлекают из него воздуховод и вводят впробку второго флакона, заранее укрепленного на штативе. Также быстро переставляют иглу для флакона на короткой части системы



Обработка рук дезинфицирующим раствором



Смочите руки водой.



Нанесите мыло в количестве достаточном для того, чтобы покрыть все обрабатываемые поверхности.



Втирайте мыло в ладони рук.



Втирайте мыло ладонью правой руки во внешнюю сторону левой (пальцы переплетены) и наоборот.



Втирайте мыло в ладони рук (пальцы переплетены).



Внешняя сторона пальцев одной руки прилегает к ладони другой (сцепление пальцев).



Вращательными движениями правой руки втирайте мыло, ладонью, в большой палец левой руки и наоборот.



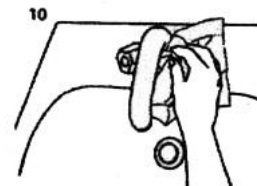
Перемещаясь вперед и назад, вращательными движениями сжатыми пальцами правой руки, втирайте мыло в ладонь левой руки и наоборот.



Тщательно промойте руки под проточной водой.



Тщательно высушите руки при помощи одноразового полотенца.



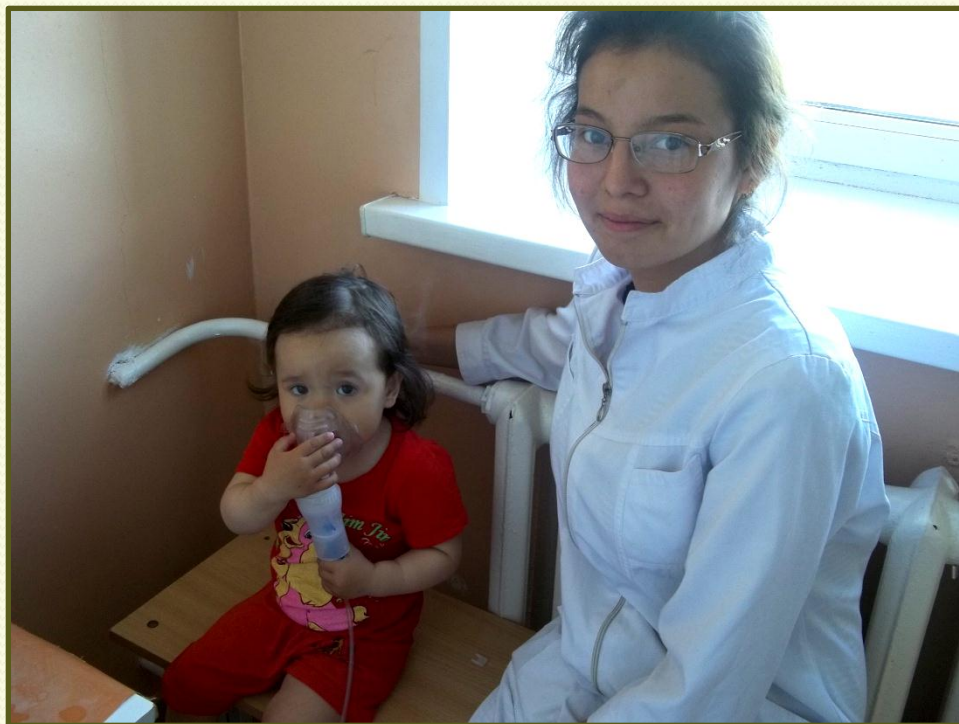
Используйте полотенце для того, чтобы выключить воду.

⌚ Продолжительность процедуры: 20-30 сек.



Теперь ваши руки безопасны.

Участие в проведение оксигенотерапии



Иногда оксигенотерапию проводят с помощью кислородной подушки. Она представляет собой прорезиненный мешок, снабженный резиновой трубкой с краном и мундштуком.

Кислородная подушка вмещает от 25 до 75 л кислорода. Ее наполняют кислородом из кислородного баллона. Перед началом оксигенотерапии следует обернуть мундштук 2-3-слойной влажной марлевой салфеткой. Затем мундштук плотно прижимают ко рту больного и открывают кран, при помощи которого можно ориентировочно регулировать скорость поступления кислорода. Вдох производится через воронку ртом, выдох - носом.

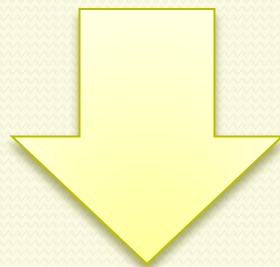
Когда кислорода в подушке уменьшится, нажимают на подушку рукой, иначе кислород будет поступать в дыхательные пути с трудом.

После использования воронку дважды протирают 3%-ным раствором перекиси водорода или 70%-ным раствором этилового спирта. В условиях скорой помощи оксигенотерапия проводится через маску непосредственно от баллона.

Оксигенотерапия производится также с помощью барокамер - гипербарическая оксигенация (введение кислорода под повышенным давлением 2-3 атм.). Барокамера может быть локальная (для верхней или нижней конечности) и общая. Растворимость такого кислорода в плазме крови значительно возрастает, что способствует увеличению снабжения кислородом тканей организма.

Одним из неингаляционных методов оксигенотерапии является подкожное введение кислорода. Терапевтическая доза составляет от 50 до 600 мл кислорода. Вводят ее в подкожную клетчатку передненаружной поверхности бедра и подлопаточную область.

«Помощник процедурной медицинской сестры»



Ведение документации процедурной и перевязочной медицинской сестры



Медицинская сестра, кроме выполнения лечебной работы и ухода за больными, ведет медицинскую документацию.

1. Журнал, или тетрадь назначений.
2. Журнал приема и передачи дежурств.
3. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара.
4. Порционник.
5. Журнал учета лекарственных средств списка А и Б.
6. Сводка о состоянии больных справочного стола.
7. Журнал учета дорогостоящих и остродефицитных препаратов.



8. Журнал перевязок.

9. Журнал по списыванию материалов и спирта.
 10. Журнал дезинфекционной обработки инструментов.
 - И. Журнал предстерилизационной обработки инструментов.
 12. Журнал генеральных уборок.
 13. Журнал кварцевания.
 14. Журнал регистрации постинъекционных осложнений.
- Кроме того, она должна уметь заполнять статистический талон, (форма № 30).
15. Журнал экстренной профилактики столбняка.

Журнал или тетрадь назначений. Медицинская сестра выписывает назначенные препараты, а также исследования, которые необходимо выполнить больному, в тетрадь назначений, где указываются Ф.И.О. больного, номер палаты, манипуляции, инъекции, лабораторные и инструментальные исследования. Она дублирует данные записи в листе назначений. Обязательно ставятся даты и подпись медсестры.

Журнал приема и передачи дежурств. Чаще всего передача дежурства производится утром, но может производиться и днем, если одна медицинская сестра работает первую половину дня, а вторая — вторую половину дня и ночью. Принимающая и сдающая дежурство медсестры обходят палаты, проверяют санитарно-гигиенический режим, осматривают тяжелобольных и расписываются в журнале приема и передачи дежурства, в котором отражены общее количество больных в отделении, число тяжелобольных и лихорадящих, перемещения больных, срочные назначения, состояние медицинского инвентаря, предметов ухода, чрезвычайные происшествия. В журнале обязательно должны быть четкие, разборчивые подписи принявшей и сдавшей дежурство медицинских сестер.

Медицинская сестра, сдающая дежурство утром, заполняет «Листок учета движения больных», (форма № 007у).

Палатная медицинская сестра, проверяя лист назначений, ежедневно составляет «порционник» (если отсутствует диетная сестра). Порционник должен содержать сведения о количестве различных диетических столов и видах разгрузочных и индивидуальных диет. На больных, поступивших вечером или ночью, порционник составляет дежурная медицинская сестра. Сведения палатных медицинских сестер о числе диет суммирует старшая медицинская сестра отделения, они подписываются заведующим отделением, затем передаются в пищеблок.

Журнал учета лекарственных средств списка А и Б. Лекарственные средства, входящие в список А и Б, хранят отдельно в специальном шкафу (сейфе). На внутренней поверхности сейфа должен быть перечень этих лекарств. Наркотические средства обычно хранят в этом же сейфе, но в специальном отделении. В сейфе хранят также остродефицитные и дорогостоящие средства. Передача ключей от сейфа регистрируется в специальном журнале. Для учета расхода лекарственных средств, хранящихся в сейфе, заводятся специальные журналы. Все листы в этих журналах следует пронумеровать, прошнуровать, а свободные концы шнура приклеить на последнем листе журнала бумажным листом, на котором указывается количество страниц. На этом листе ставится печать, а также расписывается руководитель лечебного отделения. Для учета расхода каждого лекарственного средства из списка А и списка Б выделяют отдельный лист. Хранят этот журнал тоже в сейфе. Годовой учет расхода лекарственных средств ведет старшая медицинская сестра отделения. Медицинская сестра имеет право ввести наркотический анальгетик только после записи этого назначения врачом в историю болезни и в его присутствии. О сделанной инъекции делается отметка в истории болезни и в листе назначений. Пустые ампулы из-под наркотических анальгетиков не выбрасывают, а передают вместе с неиспользованными ампулами медицинской сестре, приступающей к очередному дежурству. При передаче дежурства проверяют соответствие записей в журнале учета (количество использованных ампул и остаток) фактическому количеству наполненных использованных ампул. При использовании всего запаса наркотических анальгетиков пустые ампулы сдаются старшей медицинской сестре отделения и взамен выдаются новые. Пустые ампулы от наркотических анальгетиков уничтожаются только специальной комиссией, утвержденной руководителем лечебного отделения.

Журнал учета остродефицитных и дорогостоящих средств составляется и ведется по аналогичной схеме.

Сводка о состоянии больных для справочного стола. Данная сводка составляется ежедневно ночной медицинской сестрой, чаще всего рано утром, перед сдачей смены. В ней указаны фамилии больных, номера их палат, а также состояние их здоровья.

В журнале перевязок указываются дата, виды перевязок, количество больных, получивших перевязки, а также ставится ежедневная подпись

Контроль качества стерилизации



Контроль работы паровых и воздушных стерилизаторов осуществляют физическим, химическим и бактериологическим методами.

Физический метод контроля работы стерилизаторов осуществляется с помощью температуры и давления.

Химический метод контроля работы стерилизаторов осуществляется с помощью химических тестов и термохимических индикаторов, изменяющих свое агрегатное состояние и цвет при достижении определенного для него плавления: для паровых стерилизаторов используется мочеви́на (карбамид) с розовым красителем температура плавления 132 градуса Цельсия бензойная кислота с фукси́ном — температура плавления 120°C; термоиндикаторная бумага, изменяющая свой цвет под воздействием определенной температуры (120°C-132 C); для воздушных стерилизаторов: тиомочевина (тиокарбамид) без красителя, температура плавления 180°C, а также янтарная кислота, температура плавления которой 180°C термоиндикаторная бумага изменяет свой цвет при температуре 180°C.

Бактериологический (биологический) метод контроля стерильности проводят один раз в месяц. Контроль может свидетельствовать об инфицировании стерилизуемых объектов и указать на вид микробной флоры. Результаты посевов получают через 48-72 часа

Учет водного баланса пациента



Время	Выпито	Количество жидкости	Время	Выделено мочи в мл
9.00	Завтрак	250,0	10.40	220,0
10.00	В/в капельно	400,0	12.00	180,0
14.00	Обед	350,0	17.00	150,0
16.00	Полдник	100,0	20.00	200,0
18.00	Ужин	200,0	3.00	170,0
21.00	Кефир	200,0	6.00	150,0
За сутки	Всего выпито	1500,00	Всего	1070,0

Измерьте ёмкость посуды, из которой Ваш подопечный ест и пьёт. Приготовьте мерный сосуд для мочи, куда подопечный будет мочиться (мерный стакан, банку).

Каждый раз как пациент помочится, собирайте мочу в мерный сосуд и измеряйте каждую порцию.

Подсчет начинают после раннего мочеиспускания (обычно бывает часов в 6 утра) и заканчивают утром следующего дня.

Занесите данные в дневник в две колонки: в одной количество потребленной жидкости, в другой – количество выделенной мочи, просуммируйте полученные данные.

В норме выделяться должно 65-75% от объема выпитой жидкости, при этом учитывать надо не только жидкости в чистом виде, но и фрукты, овощи, супы, мороженное и т.п.

Ведите лист учёта водного баланса по следующей форме (пример):

Расчет проводят так: $1500 \times 0,8 (80\%) = 1200$ мл, а в примере на 130 мл меньше.

Значит, водный баланс отрицательный, возможно нарастание отёков, лечение неэффективно.

Участие в проведении перевязок



Персонал, производящий перевязки, после каждой перевязки моет руки с мылом, вытирает их стерильным полотенцем и обрабатывает спиртом при помощи спиртового шарика, поданного перевязочной сестрой.

Этапы перевязывания больного. Каждая перевязка состоит из пяти этапов:

- снятие старой повязки и туалет кожи;
- выполнение манипуляций в ране;
- защита кожи от выделений из раны;
- наложение новой повязки;
- фиксация повязки.

Санитарка вызывает из палат больных, руководствуясь списком, составленным перевязочной медицинской сестрой. Лежачих больных перевозят на каталке с одеялом и подушкой, взятыми с их кровати. Переложив больного на перевязочный стол, каталку вместе с одеялом и подушкой вывозят за пределы перевязочной до окончания перевязки.

В перевязочной намного удобнее работать, когда имеются два стола: пока хирург перевязывает одного больного, санитарка на другом подготавливает второго больного - укладывает его на стол, снимает верхние повязки.

Если нет возможности организовать два стола, в перевязочной необходимо иметь две каталки, чтобы следующий больной ожидал перевязку, лежа около перевязочной.

Использовать каталку из операционной недопустимо. При отсутствии двух каталок перевязки можно ускорить, чередуя лежачих и ходячих больных. Ходячие больные снимают верхнюю одежду и проходят к перевязочному столу. Палатная сестра и санитарка помогают лечь больному на перевязочный стол, затем закрывают его до пояса чистой простыней. При перевязке присутствует врач; особо ответственные процедуры, а также первую перевязку он делает лично.





Устанавливается строгая очередность перевязок: сначала чистые, например, после пластических операций, затем условно-чистые, например, после операций на органах брюшной полости, и в последнюю очередь — гнойные перевязки.

2. Больные снимают верхнюю одежду (пижаму, халат), чулки, носки перед перевязочной, в специально отведенной для этого комнате, смежной с перевязочной.

3. Медицинский персонал работает в масках, чистой внутрибольничной, легко моющейся обуви (кожаной, резиновой и т.д.), халатах с короткими либо засученными по локоть рукавами, шапочке. У входа в перевязочную должен быть положен коврик, смоченный антисептическим раствором.

4. Инфицированный перевязочный материал берут только инструментом, выбрасывают в ведро с педальной крышкой и затем уничтожают.

Рабочий день начинается с осмотра перевязочной. Перевязочная сестра получает список всех перевязок на день, устанавливает их очередность. В первую очередь перевязывают больных с гладким послеоперационным течением (снятие швов), затем с гранулирующими ранами.

Убедившись в готовности перевязочной, сестра приступает к обработке рук. Предварительно она надевает операционную форму, тщательно прячет волосы под косынку или шапочку, коротко подстригает ногти, надевает маску. После обработки рук сестра одевается в стерильный халат. После этого сестра надевает стерильные перчатки и накрывает инструментальный стол: стелит на нём стерильную простынь, раскладывает инструменты. Подготовительная работа должна быть закончена к 10 часам.

Санитарка вызывает из палат больных, руководствуясь списком, составленным перевязочной медицинской сестрой. При перевязке присутствует врач; особо ответственные процедуры, а также первую перевязку он делает лично.

Каждая перевязка состоит из пяти этапов:

- 1) снятие старой повязки и туалет кожи;
- 2) выполнение манипуляций в ране;
- 3) защита кож и от выделений из раны;
- 4) наложение новой повязки;
- 5) фиксация повязки;

Учет температуры тела в температурном листе



Данные измерения температуры тела переносятся в индивидуальный температурный лист, вклеенный в историю болезни (медицинскую карту пациента).

По оси абсцисс температурного листа отмечают дату измерения температуры, день болезни, а по оси ординат и «шкале Т» утром и вечером строят график температурной кривой соответственно цифровых записей в журнале. Необходимо помнить, что каждое деление температурной сетки по оси ординат составляет $0,2^{\circ}\text{C}$, а точка, соответствующая температуре тела пациента, регистрируется черным (или синим) стержнем в графе «у» или графе «в» строго по центру клеточки.

Эти точки соединяют между собой. График температурной кривой при наличии лихорадки отражает тот или иной ее тип.

В температурном листе в шкале «П» строят кривые частоты пульса, а в шкале «АД» — артериального давления.

В нижней части температурного листа отражают данные подсчета частоты дыхания в 1 мин, массу тела, количество выпитой за сутки жидкости (в мл), суточное количество мочи. Наличие стула и данные о проведенной санитарной обработке отмечают знаком «+».

№ карты			Температурный лист														№ палаты	
Фамилия, и. о. больного																		
Дата																		
День болезни																		
День преб. в стационар.			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
П	АД	Т°	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140	200	41																
120	175	40																
100	150	39																
90	125	38																
80	100	37																
70	75	36																
60	50	35																
Дыхание																		
Вес																		
Выпито жидкости																		
Суточное колич. мочи																		
Стул																		
Ванна																		

Организация транспортировки больных



Несмотря на то, что перевозка больных осуществляется службой скорой медицинской помощи, все же следует подразделять экстренную и плановую перевозку больных.

Экстренная перевозка больных осуществляется немедленно после проведения неотложных мероприятий в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства в условиях стационара. Эти функции выполняют, как правило, линейные и специализированные бригады муниципальной службы скорой медицинской помощи. Госпитализацию наиболее тяжелобольных и пострадавших производят в стационары, имеющие профильные отделения (нейрореанимационные, противоишемические и т. д.). В современных условиях часто экстренную перевозку больных проводят платные службы перевозки больных, в случаях, когда необходимо тяжелобольного доставить в профильный стационар из другого региона. К примеру, если с жителем Москвы случилось несчастье далеко от города, он имеет право на транспортировку в стационар по месту жительства.

Плановую перевозку лежачих больных лучше выполняют платные службы скорой помощи, так как такие перевозки зачастую не входят в обязанности экстренных муниципальных служб. Это может быть перевозка больного на обследование и обратно, от одних родственников к другим, например, для помощи в уходе за больным; а также транспортировки больных на вокзал, в аэропорт или на дачу. Кроме того, частные компании обеспечены различными средствами переноски в зависимости от заболевания и ситуации на вызове (мягкие носилки, иммобилизирующий матрас, кресло-носилки) и достаточным количеством персонала непосредственно для переноски.

Регистрация электрокардиограммы



Электрокардиограмма – это метод исследования работы сердца, основанный на регистрации электрических полей, образующихся в ее процессе. Для получения максимально точного диагноза, полного информирования о состоянии пациента, нужно соблюдать технику снятия ЭКГ, а также профессионально расшифровывать полученные графические данные.

Также техника снятия ЭКГ алгоритм должен соблюдаться очень строго. Только в таком случае можно получить правдивые и достоверные данные. Рассмотрим полную последовательность снятия электрокардиограммы:

подготовительный этап – необходимо убедиться в том, что на пациенте нет никаких металлических украшений и аксессуаров. Далее необходимо освободить доступ к голням, верхней части туловища, предплечью. На этих участках тела одежды быть не должно, потому как важен доступ к коже. Теперь остается записать данные пациента, и можно приступать непосредственно к самому исследованию;

наложение электродов – оно должно проводиться в соответствии со всеми правилами, чтобы ЭКГ дала правильные результаты. Для крепления электродов используются специальные приспособления. Это могут быть клипсы или браслеты. Крепятся электроды к внутренней поверхности предплечий и голей. При этом они располагаются в нижней трети частей тела. Также в обязательном порядке на кожу необходимо нанести специальный электропроводящий гель. Можно использовать салфетки. Они должны быть смочены в физрастворе. Если говорить про грудные отведения, то здесь электроды крепятся проще – при помощи присосок;

Прием и сдача дежурств и подготовка рабочего места процедурной медицинской сестры

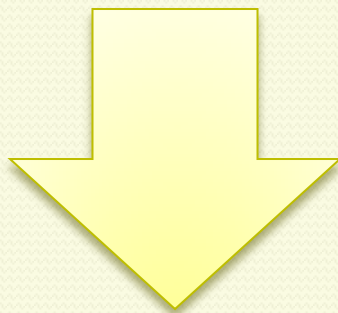


Одним из важнейших моментов преемственности в лечении больных является передача дежурств. Медицинская сестра не имеет права покинуть пост, если не явилась смена. За время своей смены она должна выполнить все назначения врача и осуществить надлежащий уход за больными. Медицинская сестра, пришедшая на смену, вместе с медицинской сестрой, окончившей работу, обходит палаты, осматривает тяжелобольных и отмечает в специальной тетради объем невыполненной работы, указывая фамилию больного и номер палаты, а также проверяет санитарное состояние палаты и соблюдение больными правил личной гигиены

Медицинская сестра принимает термометры, шприцы, медикаменты, ключи от шкафов А и В, проверяет наличие наркотиков и расписывается в журнале. Принимающая дежурство медицинская сестра следит, чтобы младшая медицинская сестра получила нужное количество запасного белья на ночь у сестры-хозяйки, берет заранее составленный список назначений, кого следует подготовить к какому-либо исследованию и у какого больного необходимо взять кал, мочу и др. для направления в лабораторию. Палатные медицинские сестры должны тщательно вести журнал лечебных назначений, которые выписывают из истории болезни. Особо следует фиксировать расход наркотических средств. В специальных тетрадях отмечают фамилию больного, номер истории болезни и количество взятого наркотического средства и подпись медицинской сестры. В конце смены медицинская сестра составляет сводку движения больных, сколько состояло на начало суток, сколько поступило и сколько выбыло (выписались, переведены в другие отделения или умерли) и сколько состоит на начало следующих суток. Правильная передача дежурств имеет большое значение в уходе за больными и их лечении



«Помощник врача стационара
(хирурга, терапевта, акушера-
гинеколога)»



Обследование больных с патологией внутренних органов в условиях стационара



Обследование больного - сложный творческий процесс, цель которого заключается в постановке основного диагноза, а также в выяснении особенностей состояния всех органов и систем пациента. Обследование хирургических больных наряду с общими принципами имеет и свои особенности. Они обусловлены характером значительной части хирургических заболеваний - их быстротечностью и возможностью развития грозных осложнений, что требует быстрой постановки диагноза и проведения лечебных мероприятий. Кроме того, следует учитывать и особенности самого хирургического метода лечения (наличие раны и других локальных патологических изменений).

Для схематичности обследования хирургического больного можно разделить на несколько частей (этапов). Деление это весьма условно и преследует в большей степени методологические цели, так как позволяет систематизировать данные, получаемые при обследовании больных, облегчить постановку диагноза и избежать просмотров и диагностических ошибок.

- I этап - первичный осмотр больного.
- II этап - дополнительное обследование больного.
- III этап - динамическое наблюдение за больным.
- IV этап - постановка окончательного диагноза. **Первичный осмотр** больного

заключается в том, что врач выясняет субъективные (со слов пациента) и объективные (определяемые им самим) особенности состояния пациента. На основании этих данных устанавливают предварительный диагноз. Результатом осмотра является написание так называемого приёмного статуса - основы истории болезни пациента. План **дополнительного обследования** определяют на основании предварительного диагноза с учётом особенностей, выявленных при первичном осмотре.

Динамическое наблюдение за больным позволяет уточнить основной диагноз, подтвердить или отвергнуть предварительные суждения по поводу состояния органов и систем пациента.

Формулирование **окончательного диагноза** осуществляют на основании предварительного диагноза с учётом дополнительных данных, полученных при обследовании больного и динамическом наблюдении

Формулировка клинического диагноза по современным классификациям



Окончательный клинический диагноз и его обоснование

Клинический диагноз должен быть поставлен и записан в истории болезни в течение первых трех дней пребывания больного в стационаре после получения результатов лабораторных и инструментальных методов исследования и заключений специалистов-консультантов.

Клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с общепринятыми классификациями и включает:

1. Развернутый диагноз основного заболевания:

Название заболевания;

Клиническая, клинико-морфологическая или патогенетическая его форма;

Характер течения заболевания;

Стадии, фазы, степени активности процесса;

Степень (стадию) функциональных расстройств или тяжести заболевания.

2. Диагноз осложнений основного заболевания

3. Развернутый диагноз сопутствующих заболеваний.

Итоги производственной практики:

1. Ознакомились с организацией работы терапевтического и хирургического отделений стационара и основной медицинской документацией, заполняемой медицинской сестрой.
2. Закрепили навыки обследования больных терапевтического, хирургического профиля.
3. Развили умения по уходу за больными терапевтического и хирургического профиля и по выполнению манипуляций младшего медицинского персонала (в том числе операционного блока);
4. Ознакомились с инструментальными методами исследования и закрепили на практике.
5. Закрепили умения по составлению плана индивидуального ухода за больным, приобретенные во время учебной практики.
6. Ознакомились с организацией обращения материальными средствами (инструментами, лекарственными средствами).
7. Ознакомились с основными проявлениями неотложных состояний у терапевтических и хирургических больных и методами оказания первой и доврачебной помощи при них.