

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ № 2

“УТВЕРЖДАЮ”

Проректор по учебной работе

_____ **К.Н. Хаитов**

«_____» _____ **2025 г.**

УЧЕБНО МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

По дисциплине “Введение в медицинскую профессию”

Область знаний: 900000 — Здравоохранение и социальное обеспечение

Область образования: 910000 — Здравоохранение

Направление подготовки: 60910300 — Педиатрическое дело

ТАШКЕНТ 2025

Учебно-методический комплекс подготовлен на основе программы по дисциплине
«Введение в медицинскую профессию», утверждённой приложением к приказу
№ _____ от « ____ » _____ 202 ____ г.

Составители:

1. Ашурова Д.Т. — заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ, доктор медицинских наук, профессор
2. Халдарбекова М.А. — доцент кафедры пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ, PhD
3. Хуснидинова Х.Х. — ассистент кафедры пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ
4. Умарова М.С. — ассистент кафедры пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ
5. Ходжаева И.А. — ассистент кафедры пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ
6. Акбарова М.С. — ассистент кафедры пропедевтики детских болезней № 2 ТГМУ

Рецензенты:

1. Алиева Н.Р. — заведующая кафедрой госпитальной педиатрии и народной медицины Ташкентского государственного медицинского университета, профессор, доктор медицинских наук
2. Шахизирова И.Д. — доцент кафедры педиатрии центра повышения квалификации медицинских работников, доктор медицинских наук

Учебно-методический комплекс утверждён решением Центрального методического совета Ташкентского государственного медицинского университета от «_» _____ 2025 г. № «_».

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
СОДЕРЖАНИЕ**

№	Содержание	Страница
1	Учебные материалы	...
2	Лекционные материалы	...
3	Материалы практических занятий	...
4	Материалы самостоятельного обучения	...
5	Глоссарий	...
6	Приложения	...
6.1	Учебная (модульная) программа	...
6.2	Сyllabus	...
6.3	Раздаточные материалы	...
6.4	Тесты	...
6.5	Положение об оценивании	...
6.4	Задания OSCE	...

Тематический план практических занятий по дисциплине «введение в медицинскую профессию»

№	Наименование тем	Часы
1.	Современные принципы оказания лечебно-профилактической помощи детям и подросткам. Инициативы и принципы ВОЗ и Детского фонда ООН «Больница, дружелюбная к ребёнку». Виды и задачи лечебно-профилактических учреждений в Узбекистане. Формы медицинских документов. Взаимоотношения медицинских работников. Обязанности врача, среднего и младшего медицинского персонала. Отношение к больному ребёнку. Взаимоотношение медицинских работников с родителями и близкими больного ребёнка	6
2.	Структура стационара: административно-хозяйственная часть, приёмное отделение, лечебные отделения, специальные лечебные отделения, диагностическое отделение, вспомогательные отделения. Порядок работы стационара: лечебно-охранительный режим, санитарно-гигиенический режим, противоэпидемический режим. Виды дезинфекции. Техника приготовления и использования дезинфицирующих растворов. Принципы госпитализации ребёнка. Задачи детского приёмного отделения, основные медицинские документы и порядок их ведения. Санитарно-гигиеническая обработка больного ребёнка. Личная гигиена пациентов. Техника купания новорождённых. Уход за глазами, ушами, волосами, особенности гигиены девочек. Уход и наблюдение за детьми с высокой температурой	6
3.	Оценка функционального состояния больного ребёнка. Правила транспортировки (перевозки) больного ребёнка. Особенности транспортировки (перевозки) детей различного возраста и тяжести состояния. Контроль санитарного состояния палаты, порядок хранения и замены чистого и использованного постельного белья. Гигиенические и лечебные ванны. Применение клизм у детей, показания. Понятие о закаливании больных. Виды закаливания. Профилактика деформаций скелета. Техника массажа. Гимнастика.	6
4.	Организация питания детей в условиях стационара. Организация питания в условиях стационара. Лечебные (целебные) диеты (диетические столы). Оснащение кухни и раздаточной. Мытьё и дезинфекция посуды. Правила введения лекарств в организм энтерально и парентерально. Осложнения при введении лекарственных средств	6
5.	Наблюдение и уход за детьми, больными заболеваниями органов дыхания. Уход за больными детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наблюдение и уход за больными детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наблюдение и уход за больными при кожных заболеваниях.	6
6.	Особенности хирургических больных детей, роль врача при их приёме. Значение применения основ биоэтики и деонтологии при приёме хирургических больных детей. Проблемы ятрогении и эвтаназии в современной медицине	6
7.	Изучение основ антисептики и асептики, значение санитарной обработки при приёме хирургических больных. Внутрибольничная инфекция; о «личной гигиене» — общение врача с пациентом. Структура и функции приёмного отделения хирургии. Структура и организация работы хирургического отделения, отделений реанимации и интенсивной терапии. Структура перевязочной.	6

8.	Правила сбора, хранения и отправки биологического материала для лабораторного исследования. Порядок и правила подготовки пациента к ультразвуковому, эндоскопическому и рентгенологическому обследованию. Основы ухода за хирургическими больными.	6
9.	Наблюдение и лечебные мероприятия у хирургических больных детей. Значение общения врача с пациентом по поводу понятия наркоза, его видов и осложнений. Психическое состояние больного ребёнка — при подавленности, шоке, страхе, горе, волнении — роль врача. Питание хирургических больных. Оказание первичной медицинской помощи детям при жизнеугрожающих состояниях (остановка сердца, нарушения дыхания, кровотечение, отравления).	6
10.	Значение уходовых мероприятий, которые должен проводить врач в послеоперационном периоде. Организация питания. Общение врача с больным ребёнком в послеоперационном периоде. При ведении тяжёлых больных детей в терминальном состоянии — информирование о состоянии больного. Особенности смены одежды и белья у тяжёлых хирургических больных детей, роль врача в профилактике пролежней.	6
Итого		60

1-5 Хронокарта практических занятий

Время	Состав выполняемых работ
40 минут	Отметка посещаемости. Разъяснение студентам целей и задач занятия. Проверка домашнего задания. Активный опрос и обсуждение темы.
10 минут	Перерыв
80 минут	Лабораторная работа под наблюдением педагога и врача
10 минут	Перерыв
40 минут	Резюме занятия, оценивание практического занятия и заполнение документов.

Практические занятия:

Тема 1: «Современные принципы оказания лечебно-профилактической помощи детям и подросткам. Инициативы и принципы ВОЗ и Детского фонда ООН “Больница, дружелюбная к ребёнку”. Виды и задачи лечебно-профилактических учреждений в Узбекистане. Формы медицинских документов. Взаимоотношения медицинских работников. Обязанности врача, среднего и младшего медицинского персонала. Отношение к больному ребёнку. Взаимоотношение медицинских работников с родителями и близкими больного ребёнка».

1. Актуальность темы.

Данная тема по дисциплине «Введение в медицинскую профессию» направлена на ознакомление с медицинскими профессиями, их сущностью, местом медицины в жизни государства и общества, основными принципами здравоохранения, структурой системы здравоохранения и ролью общественности в охране здоровья.

2. Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи.

При изучении данной темы опорой служат знания по биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (в части здравоохранения, влияния окружающей среды, профилактических мероприятий), этике и философии, математике и информатике (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий) и другим дисциплинам.

3. Состав занятия.

Практическое занятие:

- a) Вводная часть;
- b) Теоретическая часть;
- c) Аналитическая часть — тесты и ситуационные задачи;
- d) Практическая часть.

Вводная часть

Целью является освоение современных принципов оказания лечебно-профилактической помощи детям и подросткам, основных инициатив и принципов концепции «Детские дружественные больницы» (на основе инициатив ВОЗ и Детского фонда ООН (UNICEF) и других организаций, занимающихся охраной здоровья детей), видов лечебно-профилактических учреждений в Узбекистане и их задач, форм медицинских документов, принципов взаимоотношений медицинских работников, обязанностей врача, среднего и младшего медицинского персонала, отношения к больному ребёнку и взаимодействия медицинских работников с родителями и близкими больного ребёнка.

Теоретическая часть.

В настоящее время при оказании лечебно-профилактической помощи детям и подросткам применяются следующие современные принципы: приоритет профилактической направленности; ранняя диагностика; комплексный подход (взаимодействие педиатра, психолога, стоматолога, эндокринолога, специалиста по физической культуре и др.); индивидуализация (с учётом возраста, пола, уровня развития и

состояния здоровья ребёнка); психологическая поддержка (учёт психического состояния, вовлечение родителей); формирование здорового образа жизни (правильное питание, физическая активность, гигиена, предупреждение вредных привычек); применение инновационных технологий (современная диагностика, минимально инвазивные методы, цифровой мониторинг); сотрудничество с семьёй и обществом; преемственность наблюдения (с рождения до подросткового возраста); правовые и этические принципы (уважение прав ребёнка, персонализированный подход).

Концепция «Больница, дружелюбная к ребёнку» разработана на основе инициатив ВОЗ и Детского фонда ООН (UNICEF). Её основные инициативы и принципы: приоритет интересов ребёнка — обеспечение его прав, безопасности и комфорта; вовлечение родителей — их постоянное пребывание рядом и участие в принятии решений; создание психологически комфортной среды — снижение страха, игровые комнаты, доброжелательная атмосфера; условия для здорового питания и гигиены; поддержка профилактики и здорового образа жизни — вакцинация, обучение гигиене, защита от вредных привычек; качественная и современная медицинская помощь — научно обоснованные, возрастно-соответствующие методы диагностики и лечения; уважение и этические нормы — уважительное отношение к ребёнку и родителям, учёт их мнения; инклюзивность — создание условий для детей с ограниченными возможностями; безопасность — защита от лишней боли, травм и психических травм; продолжительное медицинское наблюдение — контроль после выписки, взаимодействие с поликлиникой и школьной медициной.

Виды лечебно-профилактических учреждений в Узбекистане и их основные задачи:

- Поликлиники — амбулаторная помощь; ранняя диагностика и лечение; вакцинация, профилактические осмотры; посещение больного на дому.
- Больницы (стационары) — лечение в условиях госпиталя; оказание хирургической, терапевтической, реанимационной помощи; проведение сложной диагностики и лечения.
- Сельские врачебные пункты (СВП) — первичная медпомощь в сельской местности; регулярное наблюдение беременных, детей и пожилых; профилактические прививки и гигиенические мероприятия.
- Семейные поликлиники / пункты семейного врача — первичная помощь на принципах «семейного врача»; наблюдение здоровья всей семьи; организация профилактических мер.
- Специализированные диспансеры (фтизиатрический, онкологический, кардиологический и др.) — раннее выявление определённых заболеваний; специализированное лечение и наблюдение; профилактика распространения болезней.
- Санатории и реабилитационные центры — восстановление после болезни; профилактика и укрепление иммунитета; лечение с применением физиотерапии и лечебной среды (минеральные воды, климат, грязи).
- Стоматологические учреждения — диагностика и лечение заболеваний полости рта; протезирование; профилактические осмотры.
- Учреждения охраны материнства и детства (перинатальные центры, родильные дома, детские больницы) — ведение беременности и родов; оздоровление и уход за новорождёнными; охрана здоровья детей и подростков.

Медицинские документы в системе здравоохранения Узбекистана ведутся по единым утверждённым формам Министерства здравоохранения и обязательны для всех учреждений. Основные формы:

- Амбулаторные документы: Ф-025/у — амбулаторная карта; Ф-112/у — карта развития ребёнка; Ф-114/у — карта беременной; Ф-039/у — листок временной нетрудоспособности.
- Стационарные документы: Ф-003/у — история болезни; Ф-066/у — эпикриз (выписной); Ф-007/у — лист наблюдения в стационаре.
- Медицинские свидетельства и справки: Ф-027/у — мед. свидетельство; Ф-086/у — справка для абитуриентов; Ф-095/у — справка для учащихся; Ф-028/у — свидетельство о смерти.
- Специальные документы: карты прививок; диспансерные карты; родильные документы (карта матери и новорождённого, лист развития новорождённого).
- Электронные формы: электронная амбулаторная карта, рецепты, листки нетрудоспособности, реестры прививок.

Взаимоотношения медицинских работников основаны на сотрудничестве, уважении, чётком распределении обязанностей, культуре общения, ответственности и дисциплине, соблюдении врачебной тайны и принципов этики и деонтологии; взаимоотношения руководителя и подчинённого строятся на контроле, наставничестве и уважительном выполнении указаний.

Распределение обязанностей:

— Врач: осмотр и сбор анамнеза; диагностика; план лечения и профилактики; назначение лекарств и процедур (включая хирургические); контроль лечения; оформление документов; руководство работой команды.

— Средний медперсонал (медсестра, акушерка, фельдшер): выполнение назначений врача; подготовка и введение лекарств (инъекции, системы); наблюдение за состоянием (АД, пульс, дыхание и т.д.); подготовка и использование оборудования; гигиенический уход; участие в профилактике (прививки, оздоровительные мероприятия); разъяснительная работа для пациента и его близких.

— Младший медперсонал (санитар, помощник медсестры): уборка палат и процедурных, дезинфекция; помощь при транспортировке и размещении; помощь в гигиеническом уходе; сбор и утилизация медотходов; выполнение вспомогательных поручений.

Отношение к больному ребёнку (основные принципы): доброжелательность и терпение; уважение; психологическая поддержка (в т.ч. разрешение присутствия родителей); соблюдение конфиденциальности; снижение боли; использование игровых форм общения; обучающий подход (гигиена, ЗОЖ); сотрудничество с родителями.

О сотрудничестве с родителями:

Привлекать родителей к участию в принятии решений; разъяснять им ход лечения; устанавливать с ними уважительное и доверительное взаимодействие.

Отношение медицинского персонала к больному ребёнку, его родителям и близким — основные принципы:

Это крайне важно в педиатрии: в ходе лечения имеет значение не только здоровье ребёнка, но и взаимное доверие с родителями.

1) В общении с больным ребёнком:

быть доброжелательным, терпеливым и успокаивающим; объяснять процедуры без запугивания; успокаивать ребёнка игрой, сказкой или отвлекающими приёмами; не причинять психического и физического вреда.

2) В общении с родителями:

уважать родителей и учитывать их взгляды; давать точную и понятную информацию о здоровье ребёнка; активно привлекать к лечению и уходу; не обвинять, а поддерживать; терпеливо отвечать на все вопросы.

3) В общении с близкими родственниками:

сообщать сведения о здоровье ребёнка только с разрешения родителей (медицинская тайна); при необходимости давать советы по уходу; взаимодействовать при организации семейной поддержки.

4) Общие этические принципы:

честность, искренность и вежливость; надёжность и бескорыстие; защита прав ребёнка; сохранение спокойствия даже в стрессовых ситуациях.

Аналитическая часть

Тесты

1.
Этика — это
А) учение об обязанности медицинского работника перед пациентом.
В) группа лиц, находящихся в двух и более эмоциональных связях и совместно проживающих, связанных кровным родством, браком, усыновлением или рождением.
У) единство социальных отношений.
Г) учение о нравственности и духовности.
Д) учение об отношениях врача и пациента.
2. Деонтология — это
А) этическая норма поведения медсестры
В) учение об обязанности врача перед пациентом.
У) норма поведения врача
Г) норма поведения врача
Д) норма взаимных отношений врача и пациента
3. В обязанности медсестры не входит:
А) уход за пациентами и наблюдение за их состоянием.
В) заполнение истории болезни
У) проведение влажной уборки в палатах
Г) наложение кровоостанавливающего жгута
Д) измерение артериального давления
4. Что записывается в лечебный лист (лист назначений)?
А) сведения о температуре тела, массе и росте
В) наименования лекарств и время их введения/приёма
У) объём и качество питания ребёнка
Г) регистрация пациентов
Д) сведения о кровяном давлении, пульсе и частоте дыхания
5. Кто выписывает направление в лабораторию для сдачи анализов:
А) врач
В) медсестра

- V) младший медработник
- G) студент
- D) главный врач

Новые педагогические технологии, применяемые по теме:

- игра «слабое звено»
- решение ситуационных задач

Методика проведения игры «Слабое звено».

Необходимое:

1. комплект вопросов по теме «Формы медицинских документов»;
2. лист с перечнем групп для ведения протокола игры;
3. секундомер.

Порядок игры:

1. Игру проводят преподаватель и помощник из числа студентов — счётчик.
2. Счётчик в листе фиксирует дату проведения, номер группы, факультет, название игры и список студентов.
3. Преподаватель начинает задавать вопросы по порядку.
4. Студент должен ответить на каждый вопрос в течение 5 секунд.
5. Преподаватель оценивает ответ как верный/неверный и при необходимости исправляет.
6. Счётчик проставляет напротив имени студента знаки «+» или «-».
7. Студенты в таком порядке отвечают на вопросы двух туров.
8. Затем 2 наиболее слабых участника выбывают из игры как «слабое звено».
9. Игра продолжается среди оставшихся; проводится ещё один тур вопросов, после которого ещё двое участников выбывают.
10. По итогам туров выделяется самый сильный студент, давший наибольшее число правильных ответов.
11. В листе преподаватель отмечает, на каком туре выбывал каждый студент.

Вопросы для проведения игры «Слабое звено»:

1. Знаете ли вы, к какому виду документов относится форма F-003/u?
2. Выписка об окончании лечения (эпикриз)?
3. К какому виду документов относится форма F-027/u?
4. Каков шифр медицинского свидетельства о смерти?
5. Что за документ форма F-025/u?
6. Шифр документа, определяющего номер медицинской карты беременной?
7. К какому виду документов относится форма F-039/u?
8. Что относится к стационарной медицинской документации?
9. Что относится к амбулаторной медицинской документации?
10. Что понимают под листами диспансерного наблюдения?

Методы проверки навыков и знаний

- устный;
- письменный;
- органайзеры;
- тест;

- решение ситуационных задач.

Контрольные вопросы

1. Этика медицинского работника.
2. Деонтологические нормы поведения медицинского работника.
3. Личные качества медицинского работника.
4. Права и обязанности медицинской сестры.
5. Обязанности медицинской сестры.

Тема 2. Структура больницы: административно-хозяйственный отдел, приёмное отделение, лечебные отделения, специальные лечебные отделения, диагностическое отделение, вспомогательные отделения. Порядок работы больницы: лечебно-охранительный режим, санитарно-гигиенический режим, противоэпидемический режим. Виды дезинфекции. Техника приготовления и использования дезинфицирующих растворов. Принципы госпитализации ребёнка. Задачи детского приёмного отделения, основные медицинские документы и порядок их ведения. Санитарно-гигиеническая обработка больного ребёнка. Личная гигиена пациентов. Техника купания новорождённых. Уход за глазами, ушами, волосами, особенности гигиены девочек. Уход и наблюдение за детьми с высокой температурой

1. Актуальность темы.

Данная тема создаёт основу для знаний о структуре больницы, порядке работы больницы, видах дезинфекции, технике приготовления и использования дезинфицирующих растворов, принципах госпитализации ребёнка, задачах детского приёмного отделения, основных медицинских документах и порядке их ведения, санитарно-гигиенической обработке больного ребёнка, личной гигиене пациентов, технике купания новорождённых, уходе за глазами, ушами, волосами, особенностях гигиены девочек, уходе и наблюдении за детьми с высокой температурой.

2. Междисциплинарные и внутривидисциплинарные связи

При изучении данной темы опорой служат знания по биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (в части охраны здоровья, влияния окружающей среды, профилактических мероприятий), этике и философии, математике и информатике (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий) и другим дисциплинам.

3. Состав занятия.

Практическое занятие

1. Вводная часть
2. Теоритиче
3. Аналитическая часть — тесты и ситуационные задачи

4. Практическая часть

Вводная часть

Структура больницы: административно-хозяйственный отдел, приёмное отделение, лечебные отделения, специальные лечебные отделения, диагностическое отделение, вспомогательные отделения. Порядок работы больницы: лечебно-охранительный, санитарно-гигиенический, противоэпидемический режим. Виды дезинфекции. Техника приготовления и использования дезинфицирующих растворов. Принципы госпитализации ребёнка. Задачи детского приёмного отделения, основные медицинские документы и порядок их ведения. Санитарно-гигиеническая обработка больного ребёнка. Личная гигиена пациентов. Техника купания новорождённых. Уход за глазами, ушами, волосами, особенности гигиены девочек. Уход и наблюдение за детьми с высокой температурой — даёт возможность овладеть указанными вопросами.

Теоритическая часть

Структура и характер работы детской больницы. Детская больница подразделяется на: соматическую, инфекционную и специальные больницы. С точки зрения административного устройства: в городе — районного, городского, республиканского уровня (на 100–1000 коек); в сельской местности — участкового, районного, областного уровня (на 25–50 коек). Больница строится из расчёта «на 1000 детей — 10 коек». Также различают объединённые и необъединённые больницы. Приёмное отделение — устройство и задачи

Организация работы и задачи. Приёмное отделение (приёмная) предназначено для приёма пациентов, направленных из поликлиники и станций скорой помощи, а также обратившихся самостоятельно. Выполняет:

- круглосуточный осмотр всех поступающих/обратившихся;
- постановку диагноза и оказание нуждающимся высококвалифицированной медицинской и консультативной помощи;
- первичный осмотр и, при необходимости, консультации нескольких специалистов для уточнения диагноза;
- динамическое наблюдение пациентов с неясным диагнозом;
- сортировку и госпитализацию больных в специализированные или специальные отделения;
- после первичной помощи непрофильных пациентов перевод по профилю заболевания/травмы либо направление на амбулаторное лечение по месту жительства;
- постоянную связь со всеми городскими экстренными и оперативными медицинскими службами.

Структура приёмного отделения (помещения):

- 1) зал ожидания; 2) смотровой кабинет; 3) изоляторы или боксы; 4) процедурный кабинет; 5) помещение для санитарного осмотра; 6) комната для хранения домашней одежды; 7) кабинет заведующего отделением; 8) кабинет старшей медсестры; 9) комната сестры хозяйки отделения.

Требования к размещению и санитарной обработке: приёмное отделение располагают у входа в больницу; двери должны обеспечивать свободный проход с крупными носилками. Выздоровливающий пациент не должен встречаться с вновь поступающим. В смотровом кабинете — специальный стол для осмотра, кушетка, стол для врача и медсестры. После осмотра каждого пациента поверхность кушетки и смотрового стола протирают ветошью, смоченной 0,5 % раствором хлорамина.

Санитарный осмотр пациента включает:

- гигиеническую ванну, душ либо (при тяжёлом состоянии) обтирание тёплой водой;
 - затем облачение пациента в больничную одежду, взвешивание и измерение роста;
 - крайне тяжёлых пациентов доставляют в отделение реанимации без проведения санитарного осмотра;
 - стрижку ногтей на руках и ногах;
 - осмотр на педикулёз; при выявлении вшей — сообщение в районную СЭС.
- Порядок работы больницы (лечебно-охранительный, санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим)

В отделениях (общие требования):

- Ежедневная дезинфекция воздуха кварцевой лампой.
- Регулярное проветривание и влажная уборка помещений.
- В детских палатах: смена постельного белья 1 раз в 7 дней (при необходимости — чаще).
- Игрушки, мебель и оборудование дезинфицируют регулярно.

Требования к персоналу:

- Работа в спецодежде (халат, маска, шапочка).
- Обязательная гигиена рук с антисептиком.
- Сотрудник, закреплённый за отделением, не входит в другие отделения.
- Медицинское оборудование проходит плановую стерилизацию.

Пищеблок:

- Питание для детей готовится по назначениям диетолога.
- Блюда готовятся только из свежих продуктов.
- Посуда проходит специальную стерилизацию.

Профилактика инфекций и организация потоков:

- Инфекционные больные содержатся в отдельном отделении/изоляторе.
- Пути входа-выхода для инфекционных больных отделены от других отделений.
- В период эпидемий (например, в сезон гриппа) количество посетителей ограничивается.
- Периодически проводятся профилактические прививки и дезинфекционные мероприятия.

Обращение с отходами:

- Медицинские отходы собирают в специальные контейнеры.
- Инфекционные отходы сжигают или обезвреживают специальными методами.
- Бытовые (обычные) отходы удаляют отдельно.

Эпидемиологический контроль:

- Ежемесячные контрольные проверки санитарного врача.
- О случаях внутрибольничных инфекций немедленно сообщают в санитарно-эпидемиологическую службу.
- Сотрудники регулярно проходят медицинские осмотры.

Виды дезинфекции

- а) **Текущая (нынешняя) дезинфекция** — проводится во время лечения пациента; цель — предотвратить распространение микробов в окружение; пример: ежедневная уборка палаты, кипячение посуды, кварцевание воздуха.
- б) **Заключительная (терминальная) дезинфекция** — выполняется после выписки, перевода в другую палату или смерти пациента; обрабатываются полностью помещение, мебель, одежда, игрушки, медицинские инструменты; важна для прерывания распространения инфекций.
- с) **Профилактическая (предупредительная) дезинфекция** — проводится регулярно даже там, где инфекция не выявлена; цель — предотвращение возникновения инфекции.

Методы дезинфекции:

- *Механический* — вытирание пыли, мытьё полов, проветривание;
- *Физический* — кипячение, обработка паром, обжигание, ультрафиолет (кварц);
- *Химический* — обработка хлором, спиртами, пероксидом, формалином и др.;
- *Биологический* — использование одних микроорганизмов для подавления других (применяется редко).

Техника приготовления и использования дезинфицирующих растворов

Общие положения: техника приготовления и применения растворов — важнейшая часть санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Основные правила:

- Растворы готовят в строго заданной концентрации;
- Готовят в специальных ёмкостях (стеклянных, пластиковых или эмалированных);
- На ёмкостях указывают название, концентрацию, время приготовления;
- При приготовлении используют СИЗ (перчатки, маска, специальная одежда).

Часто применяемые средства:

- **Хлорсодержащие (хлорная известь, хлорамин):** обычно 0,5–5%; способ приготовления: нужное количество порошка/гранул растворяют в чистой воде; применение — пол, мебель, дверные ручки, посуда, постельное бельё, санитарные комнаты.
- **Спиртовые растворы (70% этиловый, 70% изопропиловый):** используются в готовом виде; применение — термометры, шприцы, кожа рук, небольшие поверхности.
- **Перекись водорода (3–6%):** применяют как раствор или после разбавления; использование — медицинские инструменты, ножи, ножницы, стоматологическое оборудование.
- **Формалин (2–5%):** сильное средство; применение — лабораторное оборудование и специальные помещения.

Санитарно-гигиеническая обработка больного ребёнка — этапы

- а) **Мытьё рук и СИЗ.** Перед началом и после окончания обработки — тёплая вода с мылом; при необходимости — перчатки, маска, халат.
- б) **Первичный осмотр.** Оценка общего состояния, цвета кожи, температуры; при постельном режиме — проверка зон давления (поясница, лопатки, пятки) для профилактики пролежней.
- с) **Ежедневное очищение тела.** Лицо, руки, ноги — тёплой водой губкой; глаза — отдельными стерильными тампонами от внутреннего угла к наружному; полость рта — полоскание тёплой водой/антисептическим раствором (при невозможности

- обработка ватной палочкой). По показаниям — полное мытьё/обтирание, мытьё волос (не реже 1 раза в неделю), подрезание и чистка ногтей.
- d) **Уход за промежностью.** После мочеиспускания/дефекации — подмывание тёплой водой или гигиенические салфетки; при покраснении/сыпях — нанесение назначенных средств.
- e) **Смена одежды и постели.** Лёгкая, чистая «дышащая» одежда; менять ежедневно или по мере загрязнения; постельное бельё — регулярно

Личная гигиена пациента

- Ежедневные умывания, чистка зубов (с учётом возраста), аккуратная причёска, чистая одежда и обувь.
- Поддержание чистоты рук и ногтей, регулярная стрижка.
- Соблюдение режима проветривания и влажной уборки в палате; индивидуальные полотенца и предметы ухода.
- Контроль за гигиеной после посещения туалета и перед приёмом пищи

Техника купания новорождённых

- a) **Подготовка.** Тёплое помещение без сквозняков; подготовить воду нужной температуры, детское мыло/шампунь, полотенце, чистую одежду и пелёнки.
- b) **Последовательность.** Сначала лицо (без мыла), затем голову, туловище и конечности; движения — мягкие, без трения.
- c) **Уход за пупочной областью.** После купания — аккуратно обсушить и обработать по назначению (при наличии рекомендаций).
- d) **Завершение.** Промокнуть кожу полотенцем, надеть чистую одежду; следить за терморегимом.

Уход за глазами, ушами, волосами; особенности гигиены девочек

- **Глаза:** отдельные стерильные тампоны для каждого глаза, направление от внутреннего угла к наружному.
- **Уши:** только наружная раковина; слуховой проход не очищать глубоко (риски травмы).
- **Волосы:** расчёсывание мягкой щёткой; мытьё по показаниям/режиму.
- **Гигиена девочек:** подмывание спереди назад; использование индивидуальных полотенец; при раздражении — назначенные средства.

Уход и наблюдение за детьми с высокой температурой

- **Наблюдение.** Регулярный контроль температуры, пульса, дыхания, цвета кожи и поведения ребёнка; фиксация показателей.
- **Режим.** Покой, обильное питьё по возрасту; лёгкая одежда; проветривание палаты; по назначению — физические методы охлаждения (обтирание тёплой водой и т. п.).
- **Безопасность.** Контроль риска судорог; при ухудшении состояния — неотложная помощь.
- **Медикация.** Применяется строго по назначениям врача; отслеживаются эффект и возможные реакции.
- **Информирование.** Разъяснение родителям хода наблюдения и назначений, участие в уходе.

Аналитическая часть

Тесты:

1. Когда Конвенция о правах ребёнка была принята в Узбекистане?
А) 1992 г.
В) 1990 г.
У) 1994 г.
Г) 1996 г.
Д) 2000 г.
2. Какие меры принимает врач и медсестра приёмного отделения при выявлении у пациента педикулёза?
А) Направляют экстренное извещение в СЭС и промывают волосы шампунем против вшей
В) Сдают одежду пациента в дезинфекцию в мешке
У) Снимают волосы/стригут волосы
Г) Причёсывают волосы гребнем, смоченным в 7% уксусной кислоте
Д) Все ответы верны
3. Что необходимо для проведения санитарного осмотра пациентов?
А) Принять гигиеническую ванну, обтереть тело тёплой водой, В) подстричь ногти
У) Проверить на педикулёз, при выявлении сообщить в районную СЭС
Г) А+У
Д) А+В+У
4. Клиника — это:
А) Учебная база медицинского вуза
В) Республиканская больница
У) Областная (вилоятская) больница
Г) Специализированная городская больница
Д) Районная больница
5. Основные принципы Конвенции о правах ребёнка:
А) Дети не могут подвергаться дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального, этнического или социального происхождения, имущественного положения, состояния здоровья или по факту рождения, а также по обстоятельствам, касающимся их родителей/законных представителей или иным условиям.
В) Дети имеют право на жизнь и гармоничное развитие — физическое, психическое, социальное, эмоциональное, интеллектуальное и культурное.
У) Во всех решениях и действиях, затрагивающих ребёнка или группу детей, в первую очередь учитываются интересы ребёнка — независимо от того, принимаются ли решения государственными органами, администрацией, судом или семьёй.
Г) Детям должна быть обеспечена возможность участвовать в решении всех вопросов, касающихся их жизни, и свобода выражать своё мнение.
Д) Все ответы верны

Вопросы:

1. Виды больниц.
2. Отделения больницы.
3. Структура приёмного кабинета и лечебного отделения.
4. Документация приёмного отделения.
5. Проведение санитарного осмотра пациентов.

Интерактивные методы:

«Мозговой штурм»

— Мозговой штурм (brainstorming) — способ коллективной генерации идей для решения практических или научных задач. Во время мозгового штурма участники совместно стремятся решить сложную проблему: высказывают (генерируют) свои идеи, без критики; из них выбираются наиболее подходящие, эффективные и приемлемые, затем обсуждаются и развиваются, оцениваются возможности их обоснования или опровержения. Главная задача — активизировать учебно-познавательную деятельность, развивать мотивацию к самостоятельному пониманию и решению проблем, формировать культуру общения и коммуникативные навыки, преодолеть инерцию мышления и выходить за рамки стандартного хода мыслей при решении творческих задач.

Правила мозгового штурма:

- Никаких взаимных оценок и критики!
- Не спеши оценивать предлагаемые идеи — допустимо всё, даже необычное.
- Не критикуй — все идеи равноценны.
- Не перебивай выступающего!
- Не делай выговоров!
- Цель — количество! Чем больше идей, тем выше шанс появления новой и ценной.
- Не обижайся на повторы.
- Дай волю воображению! Не останавливай себя, даже если идеи кажутся нестандартными.
- Не думай, что проблему можно решить только известными способами.

Тема 3: Оценка функционального состояния больного ребёнка. Правила перевозки (транспортировки) больного ребёнка. Особенности перевозки (транспортировки) детей разного возраста и тяжести состояния. Контроль санитарного состояния палаты, порядок хранения и замены чистого и использованного постельного белья. Гигиенические и лечебные ванны. Применение клизм у детей, показания. Понятие о закаливании больных. Виды закаливания. Профилактика деформаций скелета. Техника массажа. Гимнастика.

1. Актуальность темы

Правильный уход за больным ребёнком в условиях стационара имеет большое значение для его быстрого выздоровления и предотвращения осложнений. Оценка функционального состояния ребёнка, его безопасная транспортировка, контроль санитарно-гигиенических условий в палате, а также соблюдение порядка замены чистого постельного белья предотвращают распространение инфекций. Кроме того, гигиенические и лечебные ванны, применение клизм, методы закаливания, профилактика деформаций скелета, массаж и гимнастика обеспечивают у детей здоровое развитие. Поэтому данная тема считается актуальной для формирования у студентов-медиков профессиональных навыков

2. Междисциплинарные и внутридисциплинарные связи.

При изучении данной темы основой служат знания, полученные по всем предметам: биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (в области здравоохранения, влияния окружающей среды, профилактических мероприятий), этике и философии, математике и информатике (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий).

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть

2. Теоритическая часть
3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

Знания по клинико-лабораторной диагностике углубляют теоретическую подготовку студентов, обучают правильному применению гематологических, общеклинических и биохимических методов исследования при выявлении заболеваний. Своевременное выявление и лечение всех заболеваний клинико-лабораторными методами способствует оздоровлению населения и позволяет проводить профилактику заболеваний других органов и систем организма.

Теоретическая часть

Какой способ перевозки пациента использовать — решает врач. Если состояние пациента не тяжёлое, медсестра или санитарка сопровождает его в отделение. Тяжёлых больных перевозят на носилках или на специальных каталках с колёсами. Если их нет, один человек несёт или поддерживает больного: при этом пациент держится за плечо сопровождающего. Если сопровождающих двое, то один поднимает за ноги и таз, второй — за спину и голову. Если трое — один берёт за ноги, второй — за талию и частично за спину, третий — за спину и голову. Если лифта нет, тяжёлых больных поднимают на носилках; при этом голова больного должна быть с передней стороны, а часть, где находятся ноги, — слегка приподнята. Тяжёлых больных на носилки и обратно укладывают осторожно, не причиняя боли. При этом ножной конец носилок ставят к изголовью кровати, а если место ограничено — носилки ставят боком к кровати; медицинские работники должны находиться между носилками и кроватью, лицом к пациенту.

Детям или тяжёлым больным, если они не удерживают мочу и кал, на ширину кровати стелют клеёнку, поверх неё — простыню. Необходимо следить, чтобы простыня не собиралась в складки. Маленьким детям подушки лучше делать из ваты или поролона, а детям старшего возраста и взрослым — из птичьего пера или пуха.

Больным обязательно выдаются одеяло и простыня. Время от времени матрасы и одеяла, особенно у маленьких детей, нужно проветривать.

Посетителям нельзя садиться на кровать больного; рядом с больным следует соблюдать порядок и чистоту. После приёма пищи столик (тумбочку) протирают, а затем снова наводят порядок, стряхнув хлебные крошки и аккуратно поправив всё на месте.

Каждые 7–10 дней больных купают, а верхнюю и нижнюю одежду, постельные принадлежности меняют. Если ребёнок маленький, а также при необходимости, постельное бельё и одежда меняются несколько раз в день.

В палатах регулярно проводится влажная уборка. Столы, тумбочки, подоконники, кроватьные спинки, дверные ручки и другие поверхности протирают дезинфицирующими растворами; пол моют. Во время облучения ультрафиолетовыми лучами в помещении не должно быть никого.

Лечебные ванны

Бывают общие и местные. Ванны назначают через день или ежедневно. Температуру воды

и длительность приёма ванны определяет врач. Оптимально принимать ванну через 2–3 часа после еды.

Общие тёплые ванны применяют при острых респираторных заболеваниях, миалгиях. После ванны ребёнка насухо вытирают, укутывают одеялом и дают тёплый чай.

Крахмальные ванны смягчают кожу и уменьшают зуд — применяются при дерматозах. Крахмал разводят в тёплой воде и выливают в ванну. Принимают ежедневно или через день, курсом 10–12 ванн.

Содовые ванны — одна столовая ложка соды на ведро воды — также уменьшают кожный зуд.

Ванны с перманганатом калия (марганцовкой) оказывают дезинфицирующее действие. Готовят по назначению врача, с контролем концентрации.

Горчичные ванны назначают при воспалении дыхательных путей, заложенности. После ванны ребёнка насухо вытирают, быстро укладывают в постель и тепло укрывают.

Хвойные ванны применяют при функциональных нарушениях нервной системы. Принимают во время лечения, курсом 15–20 ванн.

Хлоридно-натриевые (соляные) ванны улучшают обмен веществ и мышечный тонус. После ванны ребёнка нужно тщательно вытереть, укутать одеялом и уложить в постель.

Ванна из травы тысячелистника — применяется при кожных заболеваниях и для умываний лица. Сырьё заливают кипячёной водой и готовят согласно инструкции (настоянная жидкость должна простоять около 10 минут).

Ромашковые ванны (местные) — при различных воспалениях слизистых оболочек. Готовят настаиванием ромашки в стакане кипятка (настаивают примерно 10 минут).

Закаливание — это повышение способности организма ребёнка бороться с болезнями путём применения с определённой целью и в дозированном количестве дарованных природой факторов внешней среды. Это один из важных методов, обеспечивающих укрепление здоровья ребёнка, предупреждение заболеваний, развитие физической и нервной систем и повышение устойчивости к различным воздействиям.

Способы закаливания:

- закаливание воздухом;
- обливание водой;
- душ;
- гигиеническая ванна;
- плавание в воде;
- обтирание;
- закаливание солнечными лучами.

Общие правила массажа:

- Ребёнок должен постоянно находиться в положении лёжа, это приводит к расслаблению не только массируемого участка, но и всех остальных мышц.
- Массаж проводят на специально приспособленном столе или положив доску на кровать и застелив сверху одеяло, клеёнку, простыню. Ребёнок должен быть

раздет. Сначала его укладывают на спину, затем — на живот; голова должна быть приподнята, поэтому подкладывают подушку. Кровать не должна качаться.

- Массажист должен стоять не сбоку от ребёнка, а прямо напротив него.
- Перед массажем снять с рук кольцо, часы и другие украшения, подрезать ногти, вымыть руки тёплой водой с мылом и вытереть чистым полотенцем; на коже не должно быть ни одной ранки, пореза или ссадины.
- Чтобы не затруднять кожное дыхание, не используют масла, вазелины и различные присыпаемые порошки.
- Массаж и гимнастику проводят в хорошо проветренной комнате с температурой воздуха 20–22 °С, для детей месячного возраста — 22–24 °С.
- Массаж проводят через 30–45 минут после еды или за 30 минут до приёма пищи.
- Массаж у здоровых детей начинают с 1,5 месяцев.
- Занятие у детей грудного возраста не должно превышать 8–10 минут.

К элементам физического развития относятся:

- массаж;
- гимнастика;
- подвижные игры.

Аналитическая часть:

Тесты:

1. Кто определяет транспортировку пациентов:
А) Врач
В) Медсестра
У) Старшая медсестра
Г) Заведующая отделением
Д) Младший медперсонал
2. Что является одним из важнейших моментов при транспортировке больного ребёнка?
А) Обеспечение устойчивого положения головы
В) Только поить водой
С) Привязать ребёнка к кровати
Д) Причесать волосы
3. Один из видов закаливания — «солнечное закаливание». В какое время утреннее солнце наиболее полезно?
А) После 12:00
В) До 10:00
С) Вечером
Д) Перед сном
4. Какие упражнения рекомендуются для профилактики деформаций скелета?
А) Сильный массаж и быстрые движения
В) Сразу только пассивные движения
С) Активная и пассивная гимнастика, правильная осанка и постельный режим
Д) Занятия спортом
5. Какое из состояний является показанием к применению клизмы?
А) Диарея
В) Запор
С) Одышка
Д) Лихорадка

Ситуационная задача

Классификация клинического случая: Мать 6-месячного ребёнка привела его в поликлинику из-за тошноты, потери аппетита, запора и повышенной плаксивости. При медосмотре ребёнок вялый, бледный, глаза слегка запавшие, живот вздут, стула не было 2 дня. Частота дыхания — 60 в минуту, пульс — 140 в минуту. Температура тела — 37,4 °С. Врач решил направить ребёнка в стационар.

Вопросы:

1. Какие признаки были учтены при оценке функционального состояния ребёнка? В каком он общем состоянии?
2. Какие меры необходимо принять при транспортировке ребёнка?
3. Какой вид клизмы рекомендуется при запоре? Опишите технику выполнения.
4. Как обеспечивается санитарное состояние палаты после госпитализации?
5. В каких случаях после укладки ребёнка в палату можно применять гимнастику или массаж?
6. Какие виды закаливания можно использовать в процессе оздоровления ребёнка?
7. Какие профилактические меры принимаются для предупреждения деформаций скелета?

Метод «ручка посередине стола»

Группе задаётся вопрос «Структура лечебного отделения», и каждый студент по очереди записывает на одном листе варианты ответов. Ответы не должны повторяться. Обсуждение продолжается, пока не иссякнут идеи.

Тема 4: Организация питания детей в условиях больницы. Организация питания в условиях больницы. Лечебные (целебные) диеты (диетические столы). Оснащение кухни и раздаточной. Мытьё и дезинфекция посуды. Правила введения лекарств в организм энтерально и парентерально. Осложнения при введении лекарств в организм.

1. Актуальность темы

Правильная организация питания детей в условиях больницы является неотъемлемой частью процесса лечения. Во время болезни организм ребёнка требует больше энергии и пищевых веществ, а неправильная диета замедляет выздоровление. Поэтому важное значение имеют лечебные диеты, соответствие кухни и раздаточной гигиеническим требованиям, строгое соблюдение правил дезинфекции посуды. Кроме того, правильное введение лекарств в организм и профилактика возможных осложнений играют решающую роль в сохранении здоровья детей. В связи с этим данная тема считается актуальной для студентов-медиков.

2. Междисциплинарные и внутридисциплинарные связи

При изучении данной темы основой служат знания, полученные по всем предметам: биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (в области здравоохранения, влияния окружающей среды, профилактических мероприятий), этике и философии, математике и информатике (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий).

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть

2. Теоретическая часть
3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

Одним из факторов, обеспечивающих рост и развитие организма ребёнка, является правильная организация питания. Особенно для больного ребёнка полноценное питание имеет важное значение, играет очень большую роль в жизненных процессах и в новообразовании тканей. Этот патологический процесс во многих случаях протекает с нарушением белков, увеличением выведения минеральных веществ, снижением витаминов, вследствие чего уменьшается образование антител, снижается сопротивляемость организма; поэтому диета, назначенная больным детям, должна восполнять требуемое количество для больного организма, при назначении пищи с учётом физиологических потребностей и возраста ребёнка необходимо принимать во внимание, что в некоторых случаях, особенно при заболеваниях с повышением температуры, установлено снижение секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта.

Теоретическая часть

В лечебно-профилактическом отделении диетическое питание считается одной из основных частей лечения. В связи с этим питание должно быть организовано так, чтобы отвечать современным требованиям. Пища для пациентов готовится на кухне. Она расположена в хозяйственном отделе больницы, и как только больной поступает в больницу, ему назначаются диетические блюда дежурным врачом, принявшим пациента. Назначенная диета записывается в историю болезни. Готовую пищу в отделение доставляют в закрытых ёмкостях. Обычно для перевозки используют термосы, тележки-термосы или, если их нет, плотно закрывающиеся ёмкости. Каждое блюдо доставляется в отдельной посуде. Для перевозки молока и молочных продуктов используется отдельная, специально маркированная тара.

Кухня. Кухня должна быть большой, чистой и светлой. Чтобы стены кухни было легче мыть и дезинфицировать, они должны быть окрашены или облицованы кафелем; столешницы должны быть из пластика или покрыты обычной клеёнкой.

Раздача пищи. Сотрудник по раздаче приносит еду из кухни, но кормить больных детей может только медсестра; на её белом халате должна быть надпись «для раздачи пищи». Техническим сотрудникам, убирающим палаты, не разрешается раздавать пищу и мыть посуду. Дети раннего возраста (до 3 лет) и тяжёлые больные кормятся в палатах, дети более старшего возраста — в столовой (раздаточной).

5.2. Диетические блюда

Лечебные блюда — это научно обоснованная система организации использования для лечебных целей определённых однородных пищевых продуктов и их сочетаний. Путём изменения качественного состава диеты и видов кулинарной обработки продуктов можно воздействовать на функциональное состояние (органов и систем). Диетические блюда предусматривают использование вместо одних видов продуктов других, чтобы не причинять химического и механического вреда больному органу, либо введение в организм больного недостающих необходимых пищевых веществ.

Согласно установленной номенклатуре диетические блюда назначаются по №№ 1–15, а также общие № 15 и № 16.

Диета № 16 — для детей в возрасте от 1 года и 3 месяцев до 3 лет.

№ 15 — для детей от 3 до 15 лет и для взрослых. Эта диета удовлетворяет физиологическую потребность ребёнка в пищевых ингредиентах.

К диетическим блюдам относятся следующие:

Диета № 1

Показания: гиперацидный гастрит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период выздоровления. Применяется в течение 6–12 месяцев.

Состав: отвары, приготовленные из овощей и зерновых продуктов; овощные каши; супы из нежирного мяса; протокваша; сливки; нежирный творог; омлеты, приготовленные на пару; соки. Количество соли ограничивается. Питание частое — 5–6 раз в сутки, пища подаётся в тёплом виде.

Диета № 1а

Показания: гиперацидный гастрит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения.

Цель назначения: максимально щадить желудок, исключив химические, механические и термические воздействия; обеспечить восстановление слизистых оболочек.

Состав: 4–5 стаканов молока; жидкие каши; омлеты на пару; сливочное масло; сливки; злаковые супы; соки. Соль ограничивается. Пища должна быть богата витаминами. Молоко следует давать, добавляя в чай. Калорийность преимущественно ограничивается за счёт углеводов.

Режим питания: часто, небольшими порциями каждые 2–3 часа, 6–7 раз в день.

Диета № 2

Показания: хронический гастрит с недостаточной секрецией; хронический энтероколит вне обострения; период выздоровления после операции и острой инфекции; нарушение функции жевательного аппарата.

Цель назначения: воздействовать на нормализацию секреторной и моторной функций желудка и кишечника; умеренно щадить желудочно-кишечный тракт механически.

Общее описание: экстрактивные вещества запрещены; продукты, содержащие грубую соединительную ткань мяса и растительную клетчатку, подаются в основном в измельчённом виде.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Диета № 3

Показания: запор.

Цель назначения: усиление перистальтики, регулирование опорожнения кишечника.

Общее описание: в рацион увеличивают продукты, богатые растительной клетчаткой, и продукты, усиливающие функцию кишечника. Рекомендуется обильное питьё минеральной воды.

Режим питания: 4–5 раз в день. Перед сном рекомендуется выпивать 1 стакан кефира.

Диета № 4

Показания: гастроэнтероколиты, острый энтероколит; после операций на кишечнике.

Цель назначения: максимально механически и химически щадить кишечник; исключить продукты, усиливающие перистальтику и процессы брожения в кишечнике.

Общее описание: диета с ограниченной калорийностью за счёт углеводов и жиров; белки — на нижней границе физиологической нормы. Исключаются молоко и молочные продукты, содержащие растительную клетчатку. Диета назначается на срок не более 5–7 дней.

Режим питания: пищу принимают 5–6 раз в день ограниченными порциями. Свободная жидкость в виде горячего чая, чёрного кофе, бульона, настоя шиповника — до 1,5 л.

Диета № 4а

Показания: хронические энтероколиты в период умеренного обострения; сочетание поражения желудка и кишечника; дизентерия.

Цель назначения: обеспечить полноценное питание, позволяющее уменьшить воспаление при умеренном обострении хронического энтероколита и нормализовать нарушенные функции желудочно-кишечного тракта.

Общее описание: углеводы и поваренная соль — умеренно ограничены. Исключаются продукты, усиливающие процессы брожения и гниения. В диету вводят продукты, содержащие не грубую растительную клетчатку (измельчённые овощи, алыча, яблоко).

Режим питания: 5–6 раз в день.

Диета № 5

Показания: заболевания печени и желчных путей; панкреатит; катаральные заболевания желудка.

Цель назначения: способствовать восстановлению нарушенной функции печени; способствовать накоплению гликогена в печени; ограничить жиры в пище; упорядочить функцию кишечника, снизить печёночную интоксикацию; содействовать желчеотделению.

Общее описание: животные жиры не дают; все продукты протёртые и отварные, приготовленные на пару. Белки — в пределах физиологической нормы; углеводы — слегка повышены; жиры — умеренно ограничены; продукты, богатые холестерином, исключаются. Применяется кулинарная обработка с исключением азотистых экстрактивных веществ, пуринов и продуктов распада жира, образующихся при жарении. Диета обогащена липотропными факторами и витаминами. Поваренная соль ограничивается до 10–12 г.

Калорийность и состав: белки 80–100 г, жиры 60–70 г, углеводы 450–500 г, 2800–3000 ккал. При нарушении жирового обмена углеводы ограничиваются.

Режим питания: частый приём пищи (каждые 2–2½ часа) и питьё тёплой жидкости до 2 л.

Диета № 5а

Показания: острый холецистит или обострение хронического холецистита; острый панкреатит или обострение хронического панкреатита в период стихания процесса; хронический холецистит; а также в течение 5–6 дней после операций на желчных путях.

Цель назначения: восстановление нарушенной функции печени; помощь накоплению гликогена в печени; улучшение желчеотделения; ограничение механического раздражения желудка и кишечника.

Общее описание: ограничение количества жиров; белки и углеводы — в норме; повышенное содержание липотропных факторов. Исключаются экстрактивные вещества и продукты распада жиров, образующиеся при жарении. Все блюда готовят из отварных или паровых протёртых продуктов.

Диета № 6

Показания: подагра и уратный диатез; эритремия и другие состояния, при которых требуется исключение мясных и рыбных продуктов.

Цель назначения: нормализовать пуриновый обмен и снизить эндогенное образование мочевой кислоты.

Общее описание: исключаются продукты, богатые пуриновыми соединениями. Вводятся продукты, содержащие щелочные вещества (овощи, фрукты, косточковые фрукты и молоко). Поваренная соль — умеренно ограничена.

Калорийность и состав: белки 80–100 г, жиры 80 г, углеводы 400 г, 2700 ккал. У пациентов с избыточной массой тела углеводы ограничиваются.

Режим питания: 5 раз в день; обильное питьё — чай, фруктовые соки, щелочные воды до 2–2,5 л.

Диета № 7

Показания: острый нефрит в период выздоровления; хронический нефрит с незначительными изменениями в осадке мочи; гипертоническая болезнь и другие состояния, требующие бессолевой диеты; нефропатия беременных.

Цель назначения: умеренно щадить функцию почек; воздействовать на повышение артериального давления и отёки.

Общее описание: по набору продуктов диета бессолевая; по кулинарной обработке — как диеты № 7а и № 7б, но количество белков увеличивается до 80 г за счёт добавления отварного мяса или рыбы и творога.

Калорийность и состав: белки 80 г, жиры 100 г, углеводы 400–500 г, 2800–3200 ккал. Количество поваренной соли в продуктах снижают примерно до 3 г; витамины С, Р и группы В дают в повышенном количестве. Для больных с амилоидозом почек и нефрозом при сохранённой функции почек назначают диету № 7 с повышением белка до 140 г, с липотропными факторами, полиненасыщенными жирными кислотами и витаминами.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Диета № 7а

Показания: острый гломерулонефрит (назначают после «яблочных», «рисовых» или «картофельных» либо «сахарных» дней); хронический нефрит в стадии почечной недостаточности.

Цель назначения: создать условия максимально щадящие почки; воздействовать на гипертонию и отёки посредством ограничения соли.

Общее описание: резко ограниченная диета по белкам, жирам и углеводам — вблизи физиологической нормы; бессолевая, гипонатриевая (пища готовится без соли; выпекается специальный бессолевой хлеб). Содержание натрия в продуктах — 400 мг, что соответствует 1000 мг поваренной соли. При азотемии у больных с почечной недостаточностью по указанию врача добавляют 1–3 г соли. Таким больным разрешают объём жидкости, равный количеству мочи за предыдущие сутки. Кулинарная обработка — без механического щажения. Овощи, фрукты, косточковые — в достаточном количестве, частично в сыром виде.

Калорийность и состав: белки 25–30 г, жиры 80–100 г, углеводы 400–450 г, 2500–2600 ккал. Витамины С и группы В — в повышенном количестве.

Режим питания: 5 раз в день.

Диета № 7б

Показания: острый нефрит (назначается после диеты № 7а); хронический нефрит с отёками и повышенным артериальным давлением при сохранённой функции почек.

Цель назначения: как при диете № 7а.

Общее описание: жиры и углеводы — около физиологической нормы; белки увеличивают до 45–50 г за счёт одной порции отварного мяса или рыбы и 200 г молока или кефира. В остальном по набору продуктов и характеру кулинарной обработки диета соответствует № 7а. Содержание поваренной соли в продуктах увеличивают до 1,5 г.

Калорийность и состав: белки 45–50 г, жиры 100 г, углеводы 450–500 г, 3000 ккал.

Режим питания: 5–6 раз в день.

Диета № 8

Показания: ожирение при отсутствии заболеваний органов пищеварения, печени и сердечно-сосудистой системы, требующих специального режима питания.

Цель назначения: воздействовать на обмен веществ для предупреждения и уменьшения избыточного отложения жира.

Общее описание: ограничение калорийности преимущественно за счёт углеводов и частично жиров; белок — выше физиологической нормы. Вводится достаточное количество овощей и фруктов. Соль ограничивается; исключаются возбуждающие аппетит приправы и азотистые экстрактивные вещества. Свободная жидкость — умеренно ограничена (1000 мл).

Калорийность и состав: белки 100–120 г, жиры 70 г, углеводы 300 г, 1800–1850 ккал. Витамин С — в повышенном количестве; остальные витамины — около физиологической нормы.

Режим питания: частые приёмы малокалорийной, но объёмной пищи, снимающей чувство голода.

Диета № 9

Показания: сахарный диабет без ацидоза и без сопутствующих заболеваний внутренних органов.

Цель назначения: создать условия для поддержания положительного углеводного баланса и профилактики нарушений жирового обмена.

Общее описание: белок — выше физиологической нормы; жиры и углеводы — умеренно ограничены. Легкоусвояемые углеводы назначаются дозированно. В рацион вводятся вещества с липотропным эффектом; много овощей. Ограничиваются соль и продукты, содержащие холестерин.

Кулинарная обработка — обычная.

Калорийность и состав: белки 100–120 г, жиры 70 г, углеводы 300 г, 2400 ккал.

Режим питания: 6 раз в день; углеводы распределяются с утра до вечера. При инъекции инсулина больной должен через полчаса принять пищу, содержащую углеводы.

Диета № 10

Показания: заболевания сердечно-сосудистой системы: пороки сердца, обусловленные ревматизмом; гипертоническая болезнь I–II стадии; хронический нефрит и пиелонефрит.

Цель назначения: создать благоприятные условия для кровообращения; исключить вещества, возбуждающие нервную систему; улучшить выведение азотистых веществ; не вводить продукты, раздражающие мочевыводящие пути.

Общее описание: ограничение поваренной соли; исключение приправ; вводятся овощи, фрукты и косточковые, содержащие не грубую растительную клетчатку; хлеб из муки с отрубями и ржаной муки.

Режим питания: 5–6 раз в день умеренными порциями; последний приём пищи — за 3 часа до сна. Ввод жидкости ограничивают.

Диета № 10а

Показания: заболевания сердца с сердечной недостаточностью II–III стадии; гипертоническая болезнь; заболевания с нарушением мозгового кровообращения.

Цель назначения: воздействовать на нарушенную функцию сердца и отёки путём резкого ограничения соли и обогащения диеты калием.

Общее описание: уменьшается количество белка; жиры и углеводы — умеренно ограничены. Пища готовится без соли. Свободная жидкость ограничивается.

Режим питания: частые приёмы пищи — до 6 раз в день.

Диета № 10б

Показания: преимущественно заболевания сердца и мозга; атеросклероз; стадия рубцевания после инфаркта миокарда; гипертоническая болезнь.

Цель назначения: уменьшить прогрессирование атеросклероза; снизить массу тела при ожирении. Из рациона исключаются продукты, богатые холестерином и витамином D.

Режим питания: 5–6 раз в день умеренными порциями; последний приём — за 3 часа до сна.

Диета № 11

Показания: туберкулёз и анемия.

Цель назначения: повысить устойчивость организма к туберкулёзной инфекции и помочь восстановлению витаминного баланса.

Общее описание: назначаются пищевые вещества, богатые белком и витаминами. В рацион вводятся молочные продукты, богатые кальцием.

Режим питания: 4–5 раз в день; в период обострения — каждые 2–3 часа.

Диета № 12

Показания: заболевания нервной системы.

Цель назначения: не возбуждать нервную систему.

Общее описание: ограничиваются острые блюда и лекарственные средства, а также вещества, провоцирующие заболевание (крепкий чай, кофе, шоколад, спиртные напитки).

По химическому составу эта диета близка к диете № 15.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Диета № 13

Показания: инфекционные заболевания, ангины; в течение 2–3 дней после аппендэктомии.

Цель назначения: обеспечить поддержание общего тонуса организма; щадить желудочно-кишечный тракт; дать пищевые вещества, богатые витаминами В и С; усилить процессы регенерации тканей.

Общее описание: ограничиваются овощи, молоко, острые блюда, холодные напитки, приправы. Количество белка уменьшают; жиры и углеводы — умеренно ограничены. Лихорадящим больным дают много жидкости.

Режим питания: 6 раз в день малыми порциями, в течение 2 недель.

Диета № 14

Показания: нефропатия и диатез.

Цель назначения: способствовать ликвидации фосфатурии, восстановлению функции мочевого выделения и противодействовать выпадению осадка.

Общее описание: вводятся продукты, способствующие сдвигу реакции мочи в кислую сторону. Дают много жидкости. Обеспечивается соответствие (1:1) солей кальция и фосфора. Запрещаются продукты с щелочным действием и богатые кальцием (творог, молоко, сыр), бобовые, мясные бульоны, шоколад, кофе.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Диета № 15

Показания: различные заболевания при нормальном состоянии органов пищеварения и при отсутствии показаний к специальной лечебной диете; а также после применения диетических столов.

Цель назначения: обеспечить питание пациента по физиологическим нормам в условиях лечебного учреждения.

Общее описание: количество белков, углеводов и жиров должно соответствовать норме; количество витаминов — повышено.

Режим питания: 4–5 раз в день.

Пути введения лекарств в организм

Одним из важнейших терапевтических мероприятий считается лечение лекарственными средствами. Одной из основных обязанностей медицинской сестры является умение хранить лекарственные вещества, своевременно раздавать лекарства пациентам, знать

способы их введения в организм. Это требует очень большой ответственности, поскольку все эти работы непосредственно связаны с пациентами. Медсестра должна ощущать ответственность за жизнь и здоровье больного. Она обязана иметь глубокое представление о лекарствах (их основных и дополнительных действиях, противопоказаниях к применению, осложнениях). Также она должна знать, какими путями вводить лекарства и какую первую помощь оказывать при их осложнениях. Необходимо создавать условия для повышения эффективности лекарств и безболезненного выполнения процедур (чистота воздуха в палате, правильное размещение тела, разъяснение цели и методов выполняемой работы).

Также медсестра проводит разъяснительную работу с пациентами по самостоятельному приёму лекарств (инструктаж).

Способы введения лекарственных веществ:

- **наружный способ** — через кожные покровы, слизистые оболочки или дыхательные пути;
- **энтеральный способ** — через рот или через прямую кишку;
- **парентеральный способ** — в обход желудочно-кишечного тракта, то есть посредством инъекций: подкожных, внутрикожных, внутримышечных и внутривенных.

Наиболее распространённым и обладающим сильным эффектом способом является **парентеральный**.

Осложнения инъекций

Медсестра должна соблюдать правила проведения любой инъекции. Поскольку многие осложнения после инъекций (кроме аллергических реакций) возникают из-за несоблюдения медсестрами правил асептики и условий проведения.

Инфильтрат — осложнение, чаще возникающее после подкожных и внутримышечных инъекций. Часто инфильтрат появляется при использовании тупой иглы, а также если (игла короткая) для внутримышечной инъекции применяют крупную иглу, предназначенную для внутрикожных, подкожных или внутривенных инъекций. Потому что через крупную иглу вводимое лекарство, не попав в мышцу, приводит к химическому раздражению тканей. При этом лекарство всасывается очень медленно, и в результате образуется инфильтрат. Неправильное покрытие (обработка) места инъекции и частые инъекции всегда в одно и то же место также относятся к причинам образования инфильтрата. **Профилактика инфильтратов** — не допускать причин, приводящих к их образованию.

Абсцесс — гнойное воспаление мягких тканей после инъекции с образованием сверху пиогенной мембраны и отделением очага от других тканей. Причины возникновения абсцесса — такие же, как и при инфильтрате, а также несоблюдение правил асептики.

Профилактика — соблюдение правил асептики.

Поломка иглы — возникает во время инъекции при использовании старой или бывшей в употреблении иглы, а также при внезапном быстром сокращении ягодичных мышц.

Медикаментозная эмболия — возникает при введении масляных растворов при подкожных и внутримышечных инъекциях. **Профилактика этих осложнений:** при использовании масляных растворов перед введением потяните поршень на себя и

проверьте, не поступила ли кровь в шприц, и по возможности избегайте нахождения иглы в сосуде. Кроме того, перед введением масляного раствора ампулу следует немного подержать в тёплой воде.

Воздушная эмболия — возникает после внутривенных инъекций. **Профилактика воздушной эмболии** — полностью удалить воздух из шприца или капельной системы (инфузионной системы).

Гематома — излияние крови под кожу. Кроме того, возникает в результате неправильной венопункции. Под кожей появляется синеватое пятно. Потому что игла прошла через обе стенки вены, и кровь излилась под кожу.

Анафилактический шок — состояние, угрожающее жизни; одна из самых тяжёлых форм острой аллергической реакции.

Аналитическая часть

ТЕСТЫ

- Какова основная цель питания детей в условиях стационара?
 - Быстро увеличить массу тела
 - Ограничить соблюдение диеты
 - Поддержать организм правильным питанием во время болезни
 - Экономить продукты питания
- На сколько видов делятся диетические столы?
 - На 5
 - На 10
 - На 15
 - На 12
- Каким требованиям должны соответствовать кухня и раздаточная?
 - Должны быть тёплыми и тёмными
 - Должны быть проветриваемыми, светлыми и соответствовать санитарным требованиям
 - Должны быть очень узкими
 - Внутри должны храниться медикаменты
- Какой способ относится к энтеральному введению лекарственного средства?
 - Внутримышечное введение
 - Внутривенное введение
 - Приём через рот
 - Подкожное введение
- Парентеральный путь введения — это...
 - Введение через кишечник
 - Нанесение на кожу
 - Введение с пищей
 - Введение в обход пищеварительного тракта
- Какие средства применяются для дезинфекции посуды?
 - Только вода
 - Йодный раствор
 - Специальные дезинфицирующие средства
 - Спирт
- К какому осложнению может привести неправильное внутримышечное введение лекарств?

- A) Повышение аппетита
 - B) Абсцесс (гнойное воспаление)
 - C) Сухость кожи
 - D) Понижение температуры тела
8. Какие правила гигиены соблюдаются при раздаче пищи детям?
- A) Раздавать пищу только в одежде врача
 - B) Соблюдать личную гигиену, использовать чистую посуду, доставлять пищу вовремя
 - C) Смешивать разные блюда
 - D) Всегда давать одно и то же блюдо
9. Одно из тяжёлых парентеральных осложнений — это...
- A) Диарея
 - B) Аллергическая реакция (анафилактический шок)
 - C) Пожелтение кожи
 - D) Сухость во рту
10. Диетические столы для детей подбираются главным образом на основании...
- A) Личных пожеланий
 - B) Вида и стадии заболевания
 - C) Материального положения семьи
 - D) Заполняемости больницы

Ситуационная задача

Ситуация:

5-летний мальчик госпитализирован в детское отделение с диагнозом «вирусная кишечная инфекция». Общее состояние средней тяжести, температура 38,5 °С, тошнота, наблюдается диарея. Врач назначил диетический стол № 4. Медицинскому работнику необходимо ввести пациенту лекарственные средства внутримышечно. Во время раздачи пищи сотрудник раздавал еду без перчаток, а посуду ополаскивал в холодной воде и сразу использовал для других пациентов.

Вопросы:

1. Почему в данном случае назначен диетический стол № 4?
2. Какие правила гигиены нарушил медицинский работник?
3. Какие меры предосторожности следует соблюдать при внутримышечном введении лекарств?
4. Перечислите возможные осложнения парентерального введения.
5. Какие продукты следует ограничить в питании ребёнка?

Методы проверки квалификации, навыков и знаний

- устный;
- письменный;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

Контрольные вопросы:

1. Из каких основных санитарно-гигиенических требований состоит питание детей в условиях стационара?

2. Что такое лечебное (диетическое) питание и для чего оно нужно?
3. Для чего назначаются диетические столы и на сколько видов они делятся?
4. В каких случаях назначаются диетические столы № 1, № 4 и № 5? Приведите примеры.
5. Каким гигиеническим требованиям должны соответствовать кухня и раздаточная?
6. Какие правила личной гигиены должны соблюдать медицинские работники при раздаче пищи?
7. Назовите последовательные этапы мытья и дезинфекции посуды.
8. Что такое энтеральное введение лекарств? В каких случаях применяется?
9. Перечислите парентеральные пути введения лекарств (не менее 3).
10. Какие осложнения могут возникнуть при парентеральном введении лекарств?

Тема 5: Наблюдение и уход за детьми, больными заболеваниями органов дыхания. Уход за больными детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Наблюдение и уход за больными детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наблюдение и уход за больными при кожных заболеваниях.

1. Актуальность темы

У детей заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, а также кожные заболевания широко распространены, и их последствия серьёзно влияют на развитие ребёнка и качество жизни. Постоянное наблюдение за такими больными, уход, правильно организованная диета и применение лекарственных средств, а также соблюдение гигиенических правил повышают эффективность лечения и предотвращают осложнения. Поэтому данная тема считается актуальной для студентов-медиков 1-го курса с точки зрения формирования знаний и навыков, необходимых в будущей практической деятельности.

2. Внутродисциплинарные и междисциплинарные связи

При изучении данной темы основой служат знания, полученные по всем предметам: биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (в вопросах здравоохранения, влияния окружающей среды, профилактических мероприятий), этике и философии, математике и информатике (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий).

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
 2. Теоретическая часть
 3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

Заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и кожи, встречающиеся у детей, относятся к наиболее распространённым проблемам педиатрии. Эти заболевания оказывают заметное влияние не только на здоровье ребёнка, но и на его нормальное развитие и качество жизни. Поэтому крайне важны постоянное наблюдение за такими больными, правильный уход, выполнение

гигиенических требований и своевременное проведение профилактических мероприятий. Главная цель ухода у детей — уменьшение тяжёлых последствий заболевания, эффективная организация лечебного процесса и достижение оздоровления. В связи с этим изучение данной темы имеет особое значение для формирования у студентов-медиков профессиональных знаний и практических навыков.

Теоретическая часть

При приёме больных в больницу необходимо соблюдать принцип одновременного заполнения палат. Новорождённых и детей грудного возраста по возможности следует укладывать в боксы или полубоксы. В палате всегда должен быть свежий воздух, а температура — около 18–20 °С. У детей чаще встречается пневмония. При этом заболевании ребёнка нужно укладывать с приподнятой головой или в полусидячем положении. Больной должен часто менять положение, младенцев следует чаще брать на руки. Место ребёнка должно быть удобным, чистым и тёплым; следует снять стесняющую тело одежду, убрать тяжёлое одеяло. Палаты необходимо ежедневно протирать влажным способом. Кровать должна быть удобной, с приподнятым изголовьем.

Основные признаки заболеваний органов дыхания

Насморк — основной признак заболеваний органов дыхания. Он мешает дыханию и грудному вскармливанию ребёнка. Очищение носа выполняется следующим образом: медсестра туго скрученный кусочек ваты смачивает вазелиновым маслом или глицерином и другим масляным раствором, затем вводит в носовой ход. После очищения носовых ходов ребёнка укладывают с запрокинутой назад головой и, удерживая левой рукой крылья носа, в каждую ноздрю закапывают лекарство.

Кашель

Это защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение посторонних тел из бронхов и верхних дыхательных путей, а также слизи и мокроты при различных заболеваниях верхних дыхательных путей, бронхов и лёгких. Кашлевой рефлекс обеспечивает выделение мокроты. Кашель — это внезапный и резкий выход воздуха через закрытую голосовую щель. Его механизм таков: человек делает глубокий вдох, затем голосовая щель закрывается, все дыхательные мышцы, диафрагма и мышцы живота напрягаются, давление воздуха в лёгких повышается. Когда голосовая щель внезапно открывается, воздух вместе с мокротой и другими скопившимися в дыхательных путях посторонними частицами с силой выбрасывается через рот. Содержимое из дыхательных путей не попадает через нос, потому что во время кашля мягкое нёбо закрывает полость носа.

Кашель делится на сухой и влажный. При сухом кашле, в зависимости от состояния, применяются успокаивающие средства. Больного необходимо успокоить. Нужно создать ему комфортные условия. Если разместить больного сидя или полусидя, ему будет легче успокоиться. При сухом кашле для отвлечения состояния ребёнка применяют: горчичники, банки, тёплые горчичные ванны для ног. Для уменьшения кашля следует укутать больного с помощью одеяла, давать воду «Боржоми», молоко с мёдом, малиновый чай.

При оказании помощи кашляющему больному и уходе за ним, с целью профилактики заражения кашлем, необходимо надевать марлевую маску.

Мокрота

При влажном кашле выделяется мокрота. Медсестра должна наблюдать за цветом, количеством, запахом и составом мокроты. Если выделение мокроты затруднено, следует

давать средства, разжижающие мокроту. Для облегчения отхождения мокроты нужно создать больному удобное положение — это называется дренажным положением. Если воспалена одна сторона лёгких, ребёнка укладывают на другой бок. Дренаж проводят по 30 минут 2–3 раза в день. Больной должен сплёвывать мокроту в специальные плотно закрывающиеся ёмкости.

Кровохарканье

Кровохарканье — выделение крови или кровянистой мокроты при кашле. Разрыв сосудов дыхательных путей, разрыв или повреждение вен или артерий малого круга кровообращения, застой крови в лёгких и повышение проницаемости сосудистой стенки также могут вызывать кровохарканье. Часто кровь попадает в дыхательные пути в результате кровотечения из дёсен или носа. При кровотечении из лёгких выделяется алый цвет крови. При оказании первой помощи больного успокаивают, придают ему полусидячее положение, что облегчает кровохарканье. Больному дают салфетку или специальную ёмкость. Больному запрещают разговаривать. Для питья дают холодную воду. На грудную клетку кладут мешочек со льдом и немедленно вызывают врача.

Если кровь выделяется без кашля, осмотр начинают с полости рта, дёсен и зубов, так как иногда бывает ложное кровохарканье, например при стоматите, гингивите и т. п.

Необходимо отличать кровохарканье от кровавой рвоты: при кровохарканье — жидкое, светло-красное, пенистое отделяемое, рН — щелочной; однако в некоторых случаях при кровотечении из лёгких, когда кровь не смешивается с воздухом, пены может не быть. Характерным признаком лёгочного кровотечения является кровянистая мокрота.

Кровохарканье наблюдается при туберкулёзе лёгких, при тяжёлой степени пневмонии, при раке лёгких, при инфаркте лёгкого, при расширении вен в бронхах. Причины кровохарканья выясняют только в стационарных условиях. Медсестра должна немедленно успокоить больного, придать ему полусидячее положение, положить 2–3 кусочка льда на грудную клетку (обходя область сердца), а также дать выпить 200–300 мл холодной воды. Для обезболивания — амидопирин или 1 мл 50% анальгина, от кашля — кодеин 0,02 г, кровоостанавливающее — 10 мл 10% хлорида кальция или кальция глюконат вводят внутривенно, и сообщают врачу, пациента транспортируют в стационар.

Кровавая рвота

Кровавая рвота чаще возникает вследствие кровотечений из пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки. Если при рвоте кровь из желудка выбрасывается внезапно, рефлекторно, в большом количестве, то кровь в рвотных массах будет светло-розового цвета, без изменений; если же она немного задерживается в желудке и затем возникает рвота, то, смешиваясь с соляной кислотой желудочного сока, сгусток приобретает тёмно-чёрный, то есть тёмно-кофейный цвет.

Кровавая рвота наблюдается чаще при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при варикозном расширении вен пищевода. Больного немедленно раздевают, укладывают на спину, на область живота накладывают холодный компресс, 100 мл 5% аминокaproновой кислоты вводят внутривенно капельно медленно или 10 мл 10% хлорида кальция — внутривенно струйно медленно. Если кровавая рвота дуоденального происхождения, дают трасилол 25 000 ЕД в 200 мл холодной воды для приёма внутрь, срочно сообщают врачу хирургического стационара и больного госпитализируют.

Первая помощь при остановке дыхания до прибытия врача

Прежде всего, нужно уложить больного, выпрямив голову: положение с запрокинутой назад головой — основное условие эффективности искусственного дыхания. Корень языка и надгортанник смещаются вперёд и открывают путь воздуху в гортань. Марлю, носовой платок или ворот рубашки больного оборачивают вокруг указательного пальца и очищают рот и нос от слизи, и только после этого начинают искусственное дыхание. Искусственное дыхание применяют не только при полной остановке самостоятельного дыхания, но и при тяжёлых его нарушениях, особенно в предагональном и агональном состояниях.

Существуют два способа искусственного дыхания: «рот в рот» и «рот в нос».

«Рот в рот». Медицинский работник располагается рядом с больным, одной рукой зажимает нос пациента, другой — удерживает подбородок, слегка открывая рот. Медработник делает глубокий вдох, плотно прижимает свои губы к рту ребёнка и делает глубокий выдох. Об эффективности свидетельствует подъём грудной клетки при вдувании. Если этого нет, следует улучшить проходимость дыхательных путей: приподнять подбородок больного или плотнее прижать рот к рту пациента. Если воздух попал в желудок, его выдавливают рукой, надавливая на эпигастральную область. Если челюсти и зубы больного крепко сжаты, указательным пальцем захватывают угол нижней челюсти и вытягивают её вперёд.

«Рот в нос». Проводится аналогично; при этом рот больного закрывают ладонью или плотно прижимают нижнюю губу к верхней. Помощник делает глубокий вдох, губами охватывает нос больного и вдувает воздух. Когда грудная клетка расширяется, вдувание прекращают. Искусственное дыхание продолжают до восстановления самостоятельного дыхания.

Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Основные жалобы у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: учащённое сердцебиение, колющая боль в сердце, головная боль, головокружение, потеря сознания, появление отёков, одышка, отсутствие аппетита и отставание в физическом развитии и др. Основная цель ухода за больными с заболеваниями сердца и сосудов — облегчить работу сердца. Уход за больными с нарушениями кровообращения осуществляет медсестра. Ей необходимо уделять особое внимание общему состоянию пациента: изменению цвета кожи, похолоданию кистей и стоп, частоте и характеру пульса, дыханию, изменению артериального давления, изменению мочеиспускания и т. п. Длительное пребывание в постели приводит к появлению пролежней, поэтому необходим уход за кожей. Ежедневно кожу протирают камфорным спиртом, одеколоном, постель выравнивают и содержат в чистоте. В палате и коридоре должен быть покой, при сердечных заболеваниях из-за недостатка кислорода помещение часто проветривают. Медсестра должна следить за соблюдением постельного режима, за доставкой больного в смотровые, контролировать общее состояние ребёнка (аппетит, мочеиспускание, температура), частоту пульса и дыхания. Питание детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы должно быть качественным, богатым витаминами, особенно групп С и В. Медсестра ежедневно учитывает объём выпитой жидкости и количество выделенной мочи (суточный диурез), по чему судят о динамике отёков. В объём выпитой жидкости включают и жидкие блюда; суточную мочу собирают в один сосуд и измеряют.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначают стол № 10. Ограничивают поваренную соль, жидкости, животные жиры. Суточный рацион составляют с использованием продуктов с мочегонным эффектом, ограничением выпиваемой жидкости и соли, а иногда и белковых и жирных продуктов. На короткое время количество выдаваемой пищи значительно ограничивают. Суточный рацион могут составлять только яблоки, творог, молоко и подобные продукты. Низкокалорийные продукты с малым содержанием белка дают лишь на короткий срок. Питание — небольшими порциями 5–6 раз в день. Последний приём пищи — за 3 часа до сна. В рацион включают обезжиренное мясо и продукты с высоким содержанием углеводов, фрукты, витамины В и С (сахар, варенье, кисель).

Техника измерения пульса и артериального давления

Пульс — толчкообразные колебания стенок артерий, возникающие вследствие движения крови, нагнетаемой сердцем. Ритмично выбрасываемая левым желудочком в аорту кровь создаёт колебания в артериальном русле, вызывает растяжение и усиление стенок артерий. Это колебания сосудов, соответствующие изгнанию крови из сердца. Пульс характеризуется частотой, ритмом, напряжением, наполнением. У здоровых взрослых пульс колеблется от 60 до 90 в минуту. У детей частота пульса выше, чем у взрослых. Сначала пульс определяют на обеих руках; только если различий нет, в дальнейшем измеряют на одной. Руку ребёнка поддерживают у плечевой кости, 2–3 пальца кладут на лучевую артерию, слегка надавливают подушечками — пальцами находят толчки, то есть пульс. Частоту определяют в течение одной минуты. Если в течение определённого времени пульс ровный, с одинаковой частотой, он ритмичный (правильный); иначе — неритмичный, или аритмичный. Если медсестра отмечает аритмию или изменение частоты, она немедленно сообщает врачу. Учащение пульса — тахикардия, урежение — брадикардия. Данные о пульсе заносят в температурный лист, строят график: каждую измеренную величину обозначают точкой, точки соединяют прямой линией — получают график частоты пульса за время пребывания больного в стационаре.

Изменение частоты пульса в зависимости от возраста ребёнка:

- новорождённый: 120–140;
- грудной ребёнок: 120;
- 5 лет: 100;
- 10 лет: 85;
- 12 лет: 80;
- 15 лет: 70–75.

Пульс можно определять на лучевой, височной, сонной, плечевой и других артериях. Чаще всего — на лучевой артерии, с ладонной стороны у основания большого пальца. Чтобы не мешали мышцы и сухожилия, руку расслабляют. Сначала пульс определяют на обеих руках; только при отсутствии различий — на одной. Руку поддерживают у плечевой кости, 2–3 пальца кладут на лучевую артерию, слегка надавливают подушечками пальцев — находят пульс. Частоту считают в течение одной минуты.

Артериальное давление — давление крови на стенки сосудов во время систолы и диастолы. Оно зависит от объёма крови, выбрасываемой сердцем, кровотока, общего периферического сопротивления, эластичности сосудистой стенки. Различают систолическое (максимальное), диастолическое (минимальное) и пульсовое давление. Систолическое — давление в артериальной системе после систолы левого желудочка, в момент максимального подъёма пульсовой волны. Диастолическое — в конце диастолы сердца, при спадении пульсовой волны. Нормальные величины артериального давления непостоянны и зависят от возраста, состояния, состояния нервной системы. Для измерения используют манометр или тонометр. Наиболее распространён метод

Короткова. Давление измеряют в определённые часы, лучше утром, при заданном положении тела, по возможности при одинаковых условиях, спустя 5 минут после того, как больной лёг или сел. Для этого оголяют плечо, манжету накладывают на плечо выше локтя. Между манжетой и кожей должен проходить один палец. Ладонь направлена вверх, на локтевой ямке находят плечевую артерию, на место пульсации устанавливают фонендоскоп; воздух нагнетают грушей до исчезновения тонов в фонендоскопе, затем медленно выпускают воздух через вентиль и отмечают показание шкалы при появлении первых тонов и затем при их исчезновении. Эти два значения соответствуют максимальному и минимальному давлению. В зависимости от заболевания давление может повышаться (гипертония) или снижаться (гипотония). Ежедневные показатели артериального давления заносят в историю болезни или наносят графически в температурный



При остановке сердца выполняют главным образом непрямой массаж сердца. Его сущность — ритмичное сжатие сердца между грудиной и позвоночником, при этом кровь из левого желудочка выталкивается в аорту, поступает к головному мозгу, а кровь из правого желудочка — в лёгкие для насыщения кислородом. Когда давление на грудину прекращают, полости сердца снова наполняются кровью. Основные признаки остановки сердца: исчезновение пульса на крупных артериях, ослабление и исчезновение сердечных тонов, снижение артериального давления, потеря сознания и расширение зрачков. Следует помнить, что после остановки сердца жизнедеятельность клеток мозга продолжается 3–5 минут. Поэтому, надеясь на восстановление в короткий срок, до прихода врача следует проводить закрытый массаж сердца. Для этого больного укладывают на твёрдую поверхность на спину, руки вдоль тела. Медсестра становится слева от больного, правую ладонь кладёт на нижнюю треть грудины, сверху — левую ладонь, надавливая на

грудину в сторону позвоночника. У детей старшего возраста частота нажатий доводится до 70–80 в минуту (в среднем, с учётом возраста) с умеренной силой. Руки располагают на нижней трети грудины, на 2 пальца выше мечевидного отростка. Расстояние между грудиной и позвоночником должно уменьшаться на 3–4 см; грудина приближается к позвоночнику. Чем младше ребёнок, тем меньшая глубина компрессий. У маленьких детей массаж выполняют двумя пальцами; грудную клетку охватывают обеими руками, большие пальцы ставят на грудину, частота — 100–110 в минуту; расстояние между грудиной и позвоночником уменьшают на 1–1,5 см.

Одновременно с массажем проводят искусственное дыхание «рот в рот». При двух вдохах выполняют 15 нажатий на грудную клетку; если массаж выполняет один человек — после каждых 5 компрессий делают 1 вдох «рот в рот» или «рот в нос». В результате этих мероприятий появляется пульс на крупных сосудах, повышается артериальное давление, усиливаются сердечные тоны. Улучшается цвет кожи, исчезает цианоз, сужаются зрачки и появляется реакция на свет, у больного восстанавливается самостоятельное дыхание.

Уход и наблюдение за детьми с заболеваниями органов пищеварения

Органы, участвующие в пищеварении, получили обобщённое название «желудочно-кишечный тракт». Это трубка от рта до заднепроходного отверстия, где пища переваривается, а содержащиеся в ней углеводы, жиры и белки, соли, витамины и вода всасываются в организм. Пища — это «топливо», необходимое организму для выполнения своих функций. Пищеварение начинается в полости рта. Пока зубы измельчают и пережёвывают пищу, для её размягчения и увлажнения нужна слюна. Слюна образуется в подъязычных и подчелюстных железах и через выводной проток открывается в полости рта. В состав слюны входит фермент, который раздробляет углеводы пищи до легко перевариваемой организмом формы сахара. Язык придаёт пище форму, удобную для проглатывания, и перемещает её внутрь рта. Глотка продвигает смесь пищи и слюны (пищевой комок) в пищевод, откуда он попадает в желудок. Затем включаются в работу мышцы желудка и смешивают пищевой комок с желудочным соком. Пища, смешанная в желудке и обработанная желудочным соком, называется химус. Химус продвигается в начальный отдел тонкой кишки — двенадцатиперстную кишку. В желудке пища превращается в химус за 3–6 часов, ещё около 1 часа требуется, чтобы он перешёл в кишку. В тонкой кишке происходит пищеварение. Сюда поступают ферменты поджелудочной железы и желчь из жёлчного пузыря. Эти ферменты участвуют в расщеплении пищи, а затем вещества всасываются через кровеносные и лимфатические сосуды. Непереваренная пища в жидком виде из тонкой кишки переходит в толстую кишку, где большая часть воды вновь всасывается. Оставшиеся полутвёрдые части пищи продвигаются в прямую кишку и удерживаются там до выхода в виде кала через заднепроходное отверстие. В состав отходов входят бактерии, отмершие клетки кишечного покрова, жёлчные пигменты. Продвижение пищи по кишечнику может продолжаться от 8 до 24 часов.

Основные признаки заболеваний желудочно-кишечного тракта: боли в животе, нарушение аппетита, рвота, тошнота, отрыжка, изжога, запор и понос.

Боль в животе может быть постоянной, приступообразной, периодической или связанной с определённым временем года. Для язвы двенадцатиперстной кишки характерны ночные и «голодные» боли, проходящие после приёма пищи. Быстро возникающая сильная боль называется кишечной коликой. Даже при очень сильных болях медсестра не должна давать обезболивающее. Ослабление и изменение боли затрудняет диагностику и может привести к ошибке. В итоге упускается время для оказания экстренной хирургической

помощи. Не выяснив причину боли и без консультации врача, запрещается класть на живот тёплую грелку, давать слабительные и делать клизму.

Первая помощь:

- удобно уложить больного;
- обеспечить покой;
- немедленно вызвать врача.

Снижение аппетита наблюдается при нарушении секреторной функции важных пищеварительных желёз желудочно-кишечного тракта. Полная потеря аппетита (анорексия) может быть обусловлена нервным состоянием. Повышенный аппетит протекает с употреблением большого количества высококалорийной пищи при неизменённых энергетических затратах организма и с увеличением массы тела. Это наблюдается при стрессовых состояниях, при приёме лекарственных препаратов, при сахарном диабете.

Тошнота — специфическое неприятное ощущение в подложечной области и глотке. Сопровождается побледнением лица, обильным потоотделением, учащением сердцебиения, уменьшением дыхательных движений.

Рвота — сложный рефлекторный акт, возникающий при возбуждении рвотного центра. Рвота — это обратное движение мышц желудка, в результате которого рвотные массы выходят через пищевод, глотку, рот, а в некоторых случаях — через носовые ходы. Рвота бывает двух видов:

- периферическая;
- центральная.

Если после рвоты состояние больного облегчается — это периферическая рвота, она может быть связана с патологией органов пищеварительной системы. При периферической рвоте сначала наблюдаются тошнота, слюнотечение, в рвотных массах обнаруживаются остатки непереваренной пищи. При центральной рвоте — при повышении внутричерепного давления, у взрослых при гипертонической болезни, при опухолях мозга, сотрясении мозга — рвота начинается внезапно и указанные выше признаки не наблюдаются.

Важно выяснить причину появления рвоты (после еды, после приёма лекарства, после повышения температуры). Следует обращать внимание и на рвотные массы. При рвоте натошак в массы примешивается жёлчь, и они окрашиваются в зеленовато-жёлтый цвет. Кровотечение из полости рта или пищевода придаёт рвотным массам розовую окраску. При кровотечении из желудка кровь смешивается с желудочным соком и меняет цвет: рвотные массы становятся буро-чёрными. Обязанность медработника — по возможности облегчить состояние больного при рвоте. Больному придают удобное положение, усаживают, прикрывают грудь полотенцем или клеёнкой, подают к рту чистый лоток или тазик. Если больной слаб или ему противопоказано сидеть, его укладывают на бок с опущенной относительно туловища головой и подставляют лоток к углу рта. Чтобы не испачкать подушку и бельё, подставляют сложенное полотенце или пелёнку. Медсестра находится рядом. О факте рвоты немедленно сообщают врачу. После рвоты больному полощут рот тёплой водой, вытирают губы и уголки рта. У ослабленных детей после рвоты полость рта протирают ватой, намотанной на марлю, с дезинфицирующими растворами (фурацилин, перманганат калия). Рвотные массы сохраняют до прихода врача, затем направляют в лабораторию; на банке указывают необходимые сведения о больном и цель исследования. Если сразу направить в лабораторию невозможно, рвотные массы хранят в прохладном месте.

Кровотечение из желудка.

Самое тяжёлое осложнение заболеваний желудка и кишечника — появление крови и рвоты цвета «кофейной гущи». Изменение цвета кала зависит от уровня кровотечения в желудочно-кишечном тракте. При кровотечении из желудка и двенадцатиперстной кишки кал чёрного цвета; при кровотечении из кишечника — красновато-бурого; при кровотечении из геморроидальных вен — ярко-красного. При большой кровопотере падает артериальное давление, больной бледнеет, кожа покрывается холодным потом, пульс становится нитевидным. В таких случаях нужно вызвать врача и оказать помощь до его прибытия. Больного сразу укладывают, на область живота кладут холод (грелку со льдом). Больного следует успокоить. Кормить, поить и давать лекарства запрещается. При кровотечении из желудочно-кишечного тракта больным требуется особый уход. При большой кровопотере 1–2 дня держат голод, затем пищу дают в жидком виде, охлаждённой (молоко, кисель, яйца). Через 4–7 дней после остановки кровотечения состав пищи несколько изменяют.

Запор — задержка стула вследствие замедления опорожнения кишечника. Чаще возникает из-за ослабления перистальтики и мускулатуры кишечника, снижения его тонуса, атонии мышц брюшной стенки или повышения кругового тонуса отдельных участков толстого кишечника.

Очистительные и лечебные клизмы

Введение жидкости в толстую кишку с лечебной и диагностической целью называется клизмой. Клизмы бывают очистительные, масляные, лекарственные, сифонные.

Очистительные клизмы.

Показания: отсутствие стула, перед операциями, перед эндоскопическими и рентгенологическими исследованиями, при отравлениях и интоксикациях, перед проведением лечебной клизмы.

Противопоказания: воспаления в прямой и толстой кишке, геморрой, выпадение прямой кишки (пролапс), кровотечения из желудка и кишечника.

Очистительная клизма действует мягко, опорожняет нижний отдел кишечника. Вводимая жидкость оказывает механическое, термическое и химическое действие на кишку, усиливает перистальтику, размягчает каловые массы и облегчает их выведение. Эффект наступает через несколько минут. Очистительные клизмы делают кипячёной и охлаждённой водой температурой 37–38 °С.

Используются резиновые баллоны:

- для новорождённых — баллон № 1 (ёмкость 25 мл);
- для ребёнка 1 месяца — № 2 (50 мл);
- до 6 месяцев — № 3 и № 4 (75–100 мл);
- в 1 год — № 5 (150 мл);
- 2–3 года — № 5–6 (180–200 мл);
- 6–12 лет — № 6 (200–250 мл);
- для больших детей — кружка Эсмарха (0,5–0,75 л).

Клизму по назначению врача ставит медсестра. Ребёнка укладывают на левый бок, ноги согнуты и подведены к животу. Смазанный вазелином наконечник баллона вводят в прямую кишку на 6–8 см, затем баллон сжимают. После опорожнения баллон извлекают, не разжимая.

Масляная клизма — применяется для мягкого очищения кишечника. Делают маслами льняным, хлопковым, вазелиновым, облепиховым, подогретыми до 38–39 °С. Проводится так же, как очистительная, но наконечник вводят на 10–12 см. После клизмы ребёнка укладывают на живот. Масла растекаются по стенке кишки, обволакивают кал, расслабляют мышцы и помогают его выведению. Под ребёнка подкладывают клеёнку.

Сифонная клизма — ставится старшим детям для полного очищения кишечника, если обычная очистительная клизма не помогла. Показания: кишечная непроходимость, отравления, с лечебной целью — для удаления газов и промывания нижнего отдела толстого кишечника. Для быстрого опорожнения используется сифонный метод на принципе сообщающихся сосудов: один «сосуд» — кишечник, второй — воронка на наружном конце трубки, введённой в прямую кишку. Применяют две толстые желудочные зонды, соединённые резиновой трубкой длиной 1–1,5 м и диаметром 1,5 см, воронку объёмом 1 л, кружку, ведро, вазелин, фартук; вводят 10–12 л воды, подогретой до 37–38 °С, через резиновую трубку, соединённую с воронкой. В воронку наливают чистую воду. Затем, не вынимая наконечника из прямой кишки, воронку опускают — вода и кал возвращаются обратно. При заполнении воронки следят за её наклонным положением и тем, чтобы воздух не попал в кишку. Процедуру повторяют, пока не начнёт выходить чистая вода.

Лекарственная клизма — перед её проведением за 20–30 минут кишечник очищают от кала. Объём: для 1 года — 20–35 мл; от 5 до 10 лет — 50 мл; для больших детей — 50–75 мл. Температура жидкости 38–40 °С. Ребёнка укладывают на левый бок, наконечник вводят в прямую кишку на 10–12 см. Если ввести лекарство через рот нельзя, его можно ввести через прямую кишку: оно всасывается, минуя печень, и быстро поступает в кровь. Лекарственные клизмы бывают местного и общего действия: первые уменьшают воспаление в толстой кишке, вторые применяют для введения в организм лекарств или питательных веществ иногда на длительное время. Лекарственные клизмы — это микроклизмы; когда невозможно ввести вещества иным путём, их вводят через прямую кишку — это один из видов искусственного питания. Объём питательной клизмы не должен превышать одного стакана. Питательные клизмы делают не чаще 1–2 раз в день, так как постоянное раздражение прямой кишки нежелательно.

В педиатрии чаще применяют крахмальную клизму: на один стакан воды — одна столовая ложка крахмала.

Дубильная (таниновая) клизма: одна чайная ложка танина на стакан воды.

Ромашковая клизма: 15 граммов ромашки кипятят 2 минуты в 250 мл воды, охлаждают до 40–41 °С.

Гипертоническая клизма — для усиления кишечной перистальтики, применяют для полного очищения нижних отделов ЖКТ. Готовят 10% раствор поваренной соли (1 чайная ложка на стакан воды). В зависимости от возраста вводят резиновым грушевидным баллоном 25–100 мл.

Следует напомнить, что все клизмы выполняют в резиновых перчатках.

Уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

При этих заболеваниях знание режима питания имеет большое значение. В результате токсикоинфекции, элементарных нарушений (нарушение режима питания, чрезмерное питание, употребление некачественных продуктов) возникает острое воспаление желудка, в первую очередь нужно освободить желудок от остаточных масс. Для этого необходимо промыть желудок 5%-ным раствором питьевой соды, изотоническим раствором хлорида натрия, минеральной или простой тёплой водой. Затем дают охлаждённый кипячёный чай или воду, 5%-ный раствор глюкозы, раствор Рингера и настой шиповника. На следующие 12 часов назначается переходный стол, ребёнку назначают легко перевариваемые, лёгкие продукты с ограничением жира и клетчатки, овощи, фрукты, соки. Пищу принимают маленькими порциями 7–10 раз в день. Через 12–24 часа дают различные жидкие блюда, нежирные супы, несколько фруктовых киселей. На 3–4-й день — мясные блюда, приготовленные на пару. Начиная с 4–5-го дня назначают диету № 1. Переход к обычному питанию начинают через 1–2 недели.

При хроническом заболевании желудочно-кишечного тракта состав питания строится главным образом на термическом, механическом и химическом щажении желудка и кишечника. В период обострения — лечебное питание 1а, затем больного переводят на 1б в течение 2 недель. Затем назначают диету 1 до 6 месяцев. После исчезновения всех признаков болезни дают диету 5а и по показаниям — диету 5 до 1 года. Общая диета назначается только после полного выздоровления. Питание должно быть обогащено витаминами, особенно группы В.

При язве желудка и двенадцатиперстной кишки дают 1а, 1б, 1 диеты 5–6 раз в день. При кровотечении из желудка и кишечника питание больного должно быть жидким, тёплым, богатым белками, витаминами, солями кальция и калия. При большой кровопотере дают только сливки и молоко в тёплом виде. Самое тяжёлое осложнение заболеваний желудка и кишечника — появление крови и рвоты цвета «кофейной гущи». Изменение цвета кала зависит от того, из какого отдела желудочно-кишечного тракта идёт кровь. При кровотечении из желудка и двенадцатиперстной кишки кал чёрного цвета, при кровотечении из кишечника — красновато-бурого, при кровотечении из геморроидальных вен — ярко-красного. При большой кровопотере снижается артериальное давление, больной бледнеет, кожа покрывается холодным потом, пульс становится нитевидным. В таких случаях необходимо вызвать врача и оказать помощь до его прихода. Больного немедленно укладывают и кладут холод (грелку со льдом) на область живота. Больного следует успокоить. Кормить, поить и давать лекарства запрещается. При кровотечении из желудочно-кишечного тракта больным необходим индивидуальный уход. При большой кровопотере держат голод 1–2 дня, затем пищу дают в жидком виде, охлаждённой (молоко, кисель, яйца). Через 4–7 дней после остановки кровотечения состав пищи несколько изменяют.

Уход за больными при кожных заболеваниях

Кожа — внешняя оболочка, покрывающая организм, выполняет ряд важных функций — защитную, терморегуляторную, участвует в обмене веществ, дыхании, образовании пигмента. Самое важное — кожа является одним из органов чувств, кожным анализатором. Кожа защищает организм от механических повреждений, солнечного излучения, внешней среды, вредных веществ и микроорганизмов. Если кожа здорова и чиста, микробы на её поверхности вместе с ороговевшими клетками опадают. Кожа выделяет особые вещества, вредно действующие на микробы. Кислая среда на поверхности здоровой кожи не даёт микробам развиваться. Кожа состоит из двух слоёв: эпидермиса и дермы. Под дермой расположена гиподерма.

К кожным заболеваниям, чаще встречающимся у детей младшего возраста, относятся:

1. экссудативный диатез;
2. опрелости;
3. потница;
4. гнойные заболевания кожи.

Экссудативный диатез сопровождается поражением кожи и слизистых оболочек — молочным струпом, опрелостями, сухой и мокнущей экземой, крапивницей, нейродермитом и др.

Основные причины экссудативного диатеза — неправильное питание, чрезмерное употребление citrusовых, беспорядочное поедание шоколада и сладостей. В уходе за ребёнком с экссудативным диатезом следует помнить, что запрещены продукты, усиливающие заболевание: солёности и сладости. Также запрещаются соки апельсина, мандарина, томата, клубники, винограда. Целесообразно давать соки яблока, сливы, чёрной смородины. С осторожностью — лимонные и морковные соки. Нельзя кисели,

молоко и молочные каши, мясные супы, говядину и баранину, копчёные колбасные изделия. Рекомендуются кефир, овощные супы, пюре из капусты и свёклы, овощные каши (гречневая, пшённая, перловая), сливы, абрикосы, смородина, ежевика, пюре. Легкоусвояемые углеводы (сахар, конфеты, сладости) следует постепенно уменьшать или полностью ограничивать.

Если у находящихся на искусственном и смешанном вскармливании детей выражена повышенная чувствительность к коровьему молоку, им дают кисломолочные продукты, полученные ферментативным способом, — кефир, биолакт, безлактозные молочные смеси «NAN», «ALL-110». Содержащиеся в них белки и жирные кислоты легко усваиваются.

В уходе за детьми с экссудативным диатезом гигиена занимает особое место. Ребёнка купают в водном растворе перманганата калия, без мыла. После каждого мочеиспускания ребёнка подмывают. Для стирки детской одежды используют детское мыло. При экссудативном диатезе рекомендуются также лечебные ванны — общие и местные: крахмальные, отрубинные, содовые, с отваром ромашки, череды. При аллергических состояниях у ребёнка часто наблюдается зуд. Чтобы предотвратить расчёсы, на ребёнка надевают рукавички и рубашечки с длинными рукавами. Кожу протирают спиртовыми и салициловыми растворами. Для этого медсестра смачивает ватный или марлевый тампон в лекарственном растворе, слегка отжимает и лёгкими движениями протирает тело больного, грудных детей — мягко поглаживая.

Опрелости

(Гиперемия и мацерация кожи) появляются при экссудативном диатезе. Детей следует одевать свободно, их рубашечки не должны быть из синтетических тканей. На участки, склонные к опрелостям — кожные складки на шее, подмышечные области, между бёдрами — часто наносят стерилизованное растительное масло или детский крем. Мокнувшие места подсушивают под лампой соллюкс. Чтобы не занести инфекцию, их протирают 5%-ным водным раствором метиленовой сини или 1%-ным спиртовым раствором бриллиантовой зелени. При появлении эрозий используют ихтиол, бальзамные линименты.

Потница

Потница у новорождённых возникает вследствие неправильного ухода за кожей и потливости. Для профилактики одежда ребёнка должна соответствовать температуре окружающей среды. Температура комнаты — 22 °С. При появлении потницы кожу протирают 2%-ной борной кислотой, делают ванны в 5%-ном растворе перманганата калия. При усилении потницы у новорождённых развивается пиодермия.

Гнойничковые высыпания

Если на коже появляются гнойничковые высыпания, ни в коем случае нельзя выдавливать их руками, вскрывать чем-либо. Иначе высыпания могут распространиться и ухудшить состояние больного. Местное лечение гнойничков зависит от характера заболевания и степени распространённости. Здоровые участки кожи вокруг поражённого места протирают тампонами, смоченными 2%-ным салицилово-борным или камфорным спиртом, при помощи пинцета или деревянной палочки. Гнойничковый очаг, эрозии протирают 1%-ным раствором анилиновых красителей или наносят дезинфицирующие мази (1–2% ртутная, винилин, оксикорт). При гнойной ране используют 1%-ную эритромициновую или 5%-ную полимиксиновую мазь.

При появлении воспалительного инфильтрата применяют жировые мазевые повязки с мазью Вишневского. Для этого на стерильную салфетку наносят мазь Вишневского, кладут на поражённое место и сверху покрывают ватой. Ватный слой должен быть шире и длиннее марлевого на 2–3 см. В отдельных случаях сверху на вату накладывают

компрессную бумагу и фиксируют бинтом.

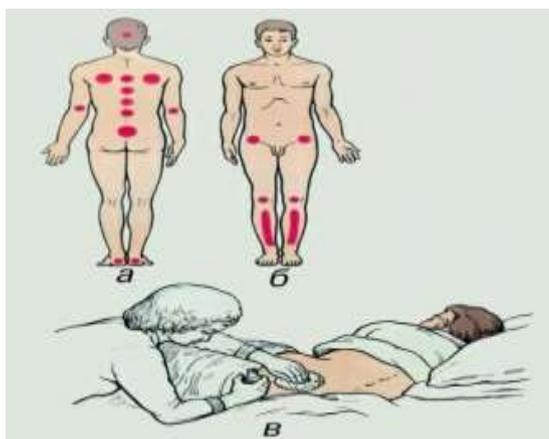
При псевдофурункулёзе, абсцессах (гиперемия кожи, гнойный инфильтрат) используют гипертонические растворы солей. Для этого стерильную марлевую салфетку смачивают гипертоническими растворами (5–10% поваренной соли, 25% сульфата магния). Салфетки накладывают на поражённые участки кожи, сверху — вату и бинтом фиксируют.

Пролежни и их профилактика

Пролежень возникает в результате длительного сдавления мягких тканей, приводящего к нарушению кровообращения, нервной иннервации и питания тканей. Пролежни обычно появляются на участках, где кости выступают (крестец, пятки, сидалищные бугры, подвздошные ости, лопатки, локти). Пролежень — это язвенно-некротическое поражение кожи, развивающееся на участке тела, находящемся под постоянным давлением, вследствие нарушения кровообращения в этой зоне. У тяжело больных детей пролежни возникают из-за неподвижности. Сначала поражается поверхностный слой кожи, затем процесс углубляется и формируется язвенно-некротическое поражение. Места возникновения: шея-затылок, пятка, ладонная область, крестец.

Профилактика:

- несколько раз в день менять положение больного;
- следить за чистотой постели и белья, своевременно поправлять;
- следить за чистотой одежды больного и исправно её расправлять;
- подкладывать под крестец надувной резиновый круг;
- протирать сдавленные места спиртом или камфорным спиртом, одеколоном или уксусом (1 столовая ложка на 300 мл воды);
- при гиперемии кожи протирать её насухо полотенцем.





Лечение:

1. При мацерации кожи её моют холодной водой с мылом, протирают спиртом и присыпают присыпкой.
2. Если образуются пузырьки, их протирают спиртовым раствором бриллиантовой зелени и накладывают сухую повязку.
3. При некрозе участок некроза промывают и накладывают стерильную салфетку (смоченную 1%-ным раствором перманганата калия), салфетку меняют 3–4 раза в день. Для очищения раны от отмерших клеток накладывают повязку с мазью Вишневского или антибактериальными мазями. При необходимости иссекают хирургическим путём.

Аналитическая часть

Тесты:

1. На что в первую очередь обращают внимание при наблюдении за состоянием ребёнка при заболеваниях дыхательных путей?
 - A) На функцию желудка
 - B) На цвет кожи
 - C) На частоту и тип дыхания, характер кашля
 - D) На объём мочи
2. Какие меры первой помощи при приступе бронхиальной астмы?
 - A) Уложить ребёнка и промыть глаза
 - B) Посадить ребёнка и дать бронхорасширяющие препараты
 - C) Прекратить давать жидкость
3. Какие признаки сердечной недостаточности?
 - A) Отёк лёгких, цианоз губ и пальцев, слабость
 - B) Покраснение лица и усиление аппетита
 - C) Головная боль и улучшение памяти
 - D) Пожелтение глаз
4. Какого режима питания должен придерживаться ребёнок при сердечном заболевании?
 - A) Есть больше сладкого

- В) Ограничивать соль и жидкости
 С) Употреблять много жирной пищи
 D) Есть острые блюда
5. Какое питание рекомендуется при гастрите или энтерите?
 А) Жареная, жирная пища
 В) Куриный бульон, пюре, блюда на пару
 С) Газированные напитки
 D) Солёные овощи
6. Что делают в первую очередь при диарее (поносе) у ребёнка?
 А) Дают антибиотик
 В) Прекращают питание
 С) Проводят регидратацию для профилактики обезвоживания
 D) Дают больше сладкого
7. Каких правил гигиены должен строго придерживаться медработник, работающий с больными кожными заболеваниями?
 А) Ежедневно высыпаться
 В) Мыть руки после каждого пациента, надевать перчатки
 С) Всегда распылять антисептик
 D) Ежедневно делать макияж
8. Как обрабатываются инструменты, используемые при кожных заболеваниях?
 А) Только ополаскиваются водой
 В) Протираются лекарством
 С) Моются и дезинфицируются
 D) Сушатся
9. При каких заболеваниях у ребёнка наблюдается цианоз (синюшность)?
 А) При заболеваниях сердца и дыхательной системы
 В) При заболеваниях внутренних органов
 С) При кожных заболеваниях
 D) При кровотечениях
10. Какое состояние не характерно для заболеваний желудочно-кишечного тракта?
 А) Рвота
 В) Одышка
 С) Понос
 D) Боль, отсутствие аппетита

Ситуационная задача

Ситуация:

Ребёнок 4 лет доставлен с жалобами на лихорадку (39 °С), кашель, заложенность носа и затруднённое дыхание. Ребёнок беспокоен, дышит часто (частота дыхания 42/мин), дышит с открытым ртом. При аускультации выслушиваются хрипы. Врач поставил диагноз «бронхопневмония».

Вопросы:

1. Какие осложнения могут наблюдаться у пациента?
2. Какие наблюдения должна проводить медсестра?
3. На что следует обратить внимание при уходе?

Методы проверки квалификации, навыков и знаний

- устный;
- письменный;

- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков;

Контрольные вопросы:

1. Какие основные признаки контролируются при наблюдении ребёнка с заболеваниями органов дыхания?
2. Как измерять температуру и частоту дыхания у ребёнка с пневмонией?
3. Какие мероприятия по уходу проводятся при затруднённом дыхании?
4. Как контролировать физическую активность у ребёнка с врождённым пороком сердца?
5. Как наблюдать за дыханием и частотой сердечных сокращений у ребёнка с заболеваниями сердца?
6. Какие лекарственные средства и методы ухода применяются для поддержки сердечной деятельности?
7. Какое питание рекомендуется при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у ребёнка?
8. Какие лекарственные средства и диета применяются при рвоте и диарее у ребёнка?
9. Как контролировать общее состояние пациента при кишечных заболеваниях?
10. Каковы правила гигиены и ухода при кожных заболеваниях?

Тема 6: Особенности хирургических больных детей, роль врача при их приёме. Значение применения основ биоэтики и деонтологии при приёме хирургических больных детей. Проблемы ятрогении и эвтаназии в современной медицине.

1. Актуальность темы

При приёме хирургических больных детей учёт их анатомо-физиологических особенностей, постановка правильного диагноза и оказание помощи требуют от врача большой ответственности. Соблюдение правил биоэтики и деонтологии в этом процессе укрепляет доверие больного и родителей. В современной медицине также актуальны проблемы ятрогении и эвтаназии, и их предупреждение — профессиональный и этический долг врача.

2. Междисциплинарные и внутривидовые связи

При изучении данной темы базой служат знания из биологии, химии, биохимии, биофизики, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиены и экологии (охрана здоровья, влияние окружающей среды, профилактические меры), этики и философии, математики и информатики (статистические анализы, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий) и всех других дисциплин.

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
 2. Теоретическая часть
 3. Аналитическая часть
- Тесисы и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

Приём хирургических больных детей и оказание им помощи — одно из сложных и ответственных направлений педиатрической практики. Поскольку организм ребёнка обладает особыми анатомическими и физиологическими особенностями, течение заболевания отличается от такового у взрослых. Врач должен не только поставить правильный диагноз и оказать неотложную помощь, но и выстроить корректное психологическое общение с больным ребёнком и его родителями. В этом процессе соблюдение правил биоэтики и деонтологии имеет особое значение.

Теоретическая часть

Детская хирургия занимает особое место среди клинических наук в области педиатрии. Детская хирургия, основанная на двух науках — хирургии и педиатрии, занимается лечением хирургических заболеваний у детей с момента рождения до 18 лет. Им проводятся различные, от простых до сложных, хирургические вмешательства — от рассечения кожи до трансплантации органов. Результат лечения во многих случаях зависит от правильной организации ухода за больными детьми в предоперационном и послеоперационном периодах. Для глубокого и правильного понимания клинического состояния больного необходимо знать особенности, связанные с возрастом больного. Особенно это относится к больным детям данного возрастного периода. Анатомическое и физиологическое строение тела и органов детей отличается от взрослых. Поэтому течение заболеваний также приводит ко многим отличиям. Врачам следует знать и понимать эти особенности. Как нельзя прочесть рассказ, не зная алфавита, так и невозможно понять и лечить заболевания у детей, не зная их анатомических и физиологических особенностей. Кожа новорождённого тонкая, она легко повреждается. У ребёнка недостаточна защитная функция кожи и поэтому она легко травмируется и может стать входными воротами для инфекций. При неправильном или некачественном уходе за кожным покровом новорождённых и маленьких детей на коже могут возникать различные воспалительные процессы и заболевания, их осложнения (флегмона, абсцесс, сепсис и т. п.). У детей, особенно младшего возраста, вследствие незрелости нервной системы, наблюдается обобщённая, специфическая реакция на инфекцию, интоксикацию, боль, психологические травмы. Поэтому у детей нередко местные признаки не выражены, а проявляются общие признаки (повышение температуры тела, понос, рвота). При этом у детей (особенно до 5 лет) отмечается снижение компенсаторных реакций нервной системы. Ребёнок с трудом осознаёт боль. Психическая незрелость ребёнка приводит к отрицательному поведению (диссимуляции), скрыванию признаков болезни. Одной из основных особенностей организма ребёнка являются постоянный рост и развитие: с рождения до 14–18 лет в организме детей наблюдаются изменения, у новорождённых эти процессы выражены сильнее. Созревание органов и систем организма ребёнка происходит в разные возрастные периоды. Их функциональное состояние и общее физическое развитие претерпевают ряд изменений. По анатомическим и физиологическим особенностям течение хирургических заболеваний у детей отличается от взрослых. Следует учитывать, что особенности строения, функций органов и систем организма ребёнка связаны с особенностями ухода за ними. Фактор роста определяет влияние на проводимое врачом лечение. В одних случаях эти факторы могут отрицательно влиять на лечение, в других — наоборот, оказывать благоприятное влияние. Например, искривления конечностей, возникшие вследствие переломов костей (продольные и поперечные переломы с смещением), выправляются по мере роста ребёнка и не требуют операции. В то же время, незначительные на первый взгляд травмы раннего возраста или инфекционное поражение эпифизарной ростковой зоны (остеомиелит) впоследствии, в период роста ребёнка, могут привести к трудноустраняемому заболеванию. Ещё пример: недостаточное развитие тканей у ребёнка и продолжающийся рост позволяют исправлять врождённые деформации без разреза или с помощью простых манипуляций, тогда как у взрослых эти методы не дают результата. На ранней стадии плоскостопия применяются поэтапные мягкие повязки и шины; дисплазия и врождённые вывихи бедра также на ранней стадии лечатся функциональными

пинами и гимнастикой. У детей, в силу их анатомических и физиологических особенностей, встречаются болезни, присущие только им. Среди них омфалит (воспаление тканей вокруг пупка) и особый вид флегмоны (некротическая флегмона новорождённых). У новорождённых большое значение имеют временные нарушения функций отдельных органов и тканей. Эти состояния или синдромы клинически напоминают тяжёлые заболевания и пороки, требующие неотложных хирургических вмешательств. Однако иногда эти состояния проходят самостоятельно или лечатся консервативно. Например, дисфункция кишечника, халазия или ахалазия у недоношенных новорождённых сопровождаются рвотой и нарушением проходимости других органов пищеварения. Оперативное лечение в таких случаях не помогает, а консервативная терапия (содержание в кювезе, витаминотерапия, гормонотерапия) даёт хороший результат. Таким образом, детский хирург сталкивается с определёнными трудностями при дифференциации органических и функциональных изменений.

Значение применения основ биоэтики и деонтологии при приёме хирургических больных
Уход за детьми в условиях стационара и амбулаторно осуществляется как медицинскими работниками (врачами, медсёстрами), так и близкими больного. Продолжительность контактов медицинских работников с больным ребёнком и его близкими может быть разной. Такие контакты иногда длятся много недель или месяцев (даже лет) после госпитализации. Эти ситуации обязывают соблюдать нравственные и деонтологические принципы во взаимоотношениях между медицинскими работниками, а также между работниками здравоохранения и больными детьми, между медицинскими работниками и членами семьи детей. Медицинская этика — совокупность нравственных норм медицинских работников. Слово «этика» происходит от греческого «этос» — обычай. В обществе поведение и отношения людей регулируются нормами, правилами и традициями. На их основе определяются этические и нравственные принципы медицинских работников: долг, честь, достоинство, совесть, благополучие. Принципы медицинской этики должны соблюдаться в повседневной деятельности врачей. Долг медицинского работника — оказать помощь больному на высоком профессиональном уровне, никогда и ни под каким предлогом не заниматься деятельностью, направленной против физического и психического здоровья пациента. К вопросам медицинской этики относятся такие задачи, при решении которых улучшается не только жизнь и здоровье ныне живущих людей, но и здоровье будущих поколений. Это: борьба за мир, против создания и накопления средств массового поражения, охрана окружающей среды и др. Долг медсестры — прежде всего точное исполнение указаний врача (режим, диета, инъекции, измерение температуры тела, раздача лекарств и т. п.). Если медсестра выполняет назначения врача не формально, а от души, выздоровление больных и облегчение их страданий будут более эффективными. Всё это требует дисциплины, постоянного совершенствования профессиональных навыков и знаний. В такой ситуации личность медсестры имеет важное значение. Если медицинский работник квалифицирован и профессионально выполняет свои обязанности, но не умеет устанавливать контакт с больными, его поведение не даст ожидаемого результата в лечении. Его внимательность, доброжелательность, искренность, постоянная улыбка — его обязанность и помощь детям в адаптации к новой среде. Честь и хорошие качества — неотъемлемая часть понятия долга, то есть самосознание, проявление своих хороших качеств, сохранение репутации, постоянное стремление повышать профессиональное мастерство и улучшать качество работы. Медицинская деонтология (от греч. «деонтос» — должное, обязательное) — совокупность нравственных норм и принципов при выполнении медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей. Она относится к разделу медицинской этики, поскольку охватывает множество вопросов. Деонтология изучает нравственные действия медицинского работника, изучает действия, направленные на максимальное повышение эффективности лечения, предотвращает негативные факторы и неполноценность медицинской помощи в процессе деятельности.

Согласно Международному кодексу врачебной деонтологии к врачу предъявляются два стратегических требования: 1) знания; 2) положительное отношение к людям.

Взаимоотношения медицинских работников. В условиях больницы особое значение имеют отношения между медицинскими работниками. Нарушение нравственных правил медицинскими работниками, невыполнение профессиональных обязанностей влияет на эффективность лечения. При больных детях или их родственниках ни в коем случае нельзя выяснять отношения между медицинскими работниками. Следует учитывать положение человека, сохранять субординацию, то есть подчинение младшего сотрудника старшему: младшая медсестра — постовая медсестра — процедурная медсестра — старшая медсестра — врач — заведующий отделением. Медицинские работники не должны вести профессиональные беседы в присутствии больных детей. Нужно учитывать впечатлительность некоторых пациентов, они легко поддаются влиянию, и у них быстро развивается ятрогения, то есть заболевания, связанные с психопатиями. Взаимоотношения медицинских работников с родителями и родственниками больного ребёнка. Родители, особенно матери, в большинстве случаев тяжело воспринимают болезнь. Мать тяжело больного ребёнка испытывает психологическую травму и может реагировать неадекватно. Поэтому медицинские работники без исключения должны уделять матери особое внимание. В больнице матерям, ухаживающим за тяжело больным ребёнком, следует уделять особое внимание. Важно убедить женщину словом, создать необходимые условия не только для отдыха, но и для питания, помочь ей убедиться в правильности лечения ребёнка. Мать должна понять значение и необходимость манипуляций, процедур и т. п., назначенных врачом. Отношение ко всем детям любого возраста должно быть равным и доброжелательным. Это правило следует соблюдать с первых дней пребывания в больнице. Дети тяжело воспринимают помещение в палату; после ухода родителей медицинским работникам трудно успокоить ребёнка. Многие родители относятся к медицинским работникам хорошо и доверительно, выражают благодарность за их тяжёлый труд. Вместе с тем существуют и «трудные» родители, которые грубым и бесчеловечным поведением стараются привлечь внимание персонала к детям. На таких родителей медицинские работники должны реагировать внутренним и внешним спокойствием, что благотворно влияет на людей с плохими манерами. Во время посещений и приёмов передач разговор медсестры с родителями и родственниками больного имеет большое значение. Несмотря на загруженность работой, врачу следует найти время спокойно ответить на все вопросы. Родителям может быть трудно получать сведения о болезни ребёнка, правильности лечения и его ходе от медсестры. В таких случаях беседа с родственниками не входит в компетенцию медсестры. Она не имеет права говорить о признаках болезни и исходе. Медсестра должна вежливо извиниться и направить родственников к врачу или заведующему отделением. Медсестра не должна прерывать по желанию родителей назначения врача, режим, диету. Такое «лишь бы угодить» приносит только вред и не соответствует медицинским принципам. В отношениях между медицинскими работниками и родителями важна форма общения. Обращаясь к родителям, медсестра должна называть их по имени и отчеству, недопустимо обращаться «папаша» или «мамаша». В детских отделениях контакты медицинских работников с родителями часты и тесны: правильная тактика общения медсестры с семьёй больного улучшает психологическое равновесие в триаде: медицинский работник — больной ребёнок — его родители. Нравственные принципы медицинской деонтологии и соблюдение норм деонтологии обязательны независимо от рабочего места и должности медицинского работника. К нормам деонтологии для медицинских работников относятся бережное отношение к общественному имуществу, чувство товарищества, дисциплина, честное и добросовестное отношение к работе. Для взаимного доверия необходимо проявлять осторожность и настойчивость. В деятельности медицинского работника важны умение держаться среди пациентов и коллег, говорить в зависимости от ситуации и т. п. Каждый сотрудник должен иметь опрятный вид, следить за чистотой одежды и обуви, иметь минимум украшений и не злоупотреблять косметикой. В медучреждении курение

запрещено. Рабочая одежда (халат, головной убор и галстук, сменная обувь) должна быть чистой и образцовой. К нравственным действиям относится и правильное приветствие (с обращением по имени и отчеству). Врачебная тайна. Медицинский работник не имеет права раскрывать сведения о пациенте, полученные при обследовании, лечении и наблюдении. Состояние пациента, исход болезни, оценка проводимого лечения и другое не подлежат разглашению. В соблюдении врачебной тайны важно правильное ведение и хранение медицинской документации. Ни один документ не должен стать источником разглашения врачебной тайны.

Проблемы ятрогении и эвтаназии в современной медицине.

Ятрогения — это неблагоприятные осложнения профилактических, диагностических, лечебных вмешательств и процедур, развивающиеся в результате неправильных и правильных действий врача и приводящие к нарушению функций организма, ограничению обычной деятельности, инвалидности или смерти. Термин «ятрогения» происходит от греч. *iatros* — врач + *genes* — порождающий, то есть «заболевание, вызванное врачом». В основе ятрогении лежат нарушение норм поведения, недостаток знаний и навыков и равнодушие. При этом основную роль, несомненно, играет нарушение врачебной этики. Поэтому проблемы деонтологии и ятрогении взаимосвязаны. Причины ятрогении многочисленны. Сегодня ятрогенная патология стала серьёзной медико-социальной проблемой, которую нельзя игнорировать или не замечать. Следует отметить, что рост ятрогении связан с отрицательным психологическим и психическим влиянием врача на пациента. В литературе ятрогению также называют диагностической и лечебной патологией, осложнениями лечения и диагностики, неблагоприятными обстоятельствами в медицине, лекарственной болезнью, побочным действием лекарств, «вторичными заболеваниями», госпитализмом. В хирургии выделяют следующие виды ятрогенной патологии: психогенная, соматическая, лекарственная, инфекционная и смешанная. Психогенная ятрогения — заболевание, развивающееся под влиянием негативных психогенных факторов. Психогенная ятрогения проявляется в виде невроза, психоза, неврастении, истерии, фобии, депрессии, чувства страха, депрессивных и ипохондрических нарушений. Они возникают из-за неправильного и неосторожного информирования пациента о состоянии здоровья медицинским работником, знакомства пациента с собственной историей болезни и специальной медицинской литературой, прослушивания публичных лекций, особенно получения неправильных представлений через телевидение. Вступая в общение с пациентом, врач должен помнить, что он — крупный источник информации для больного, и исходя из его слов пациент формирует представление о своём состоянии. Лекарственная ятрогения — нарушения, возникающие у пациента после приёма препаратов, назначенных врачом. Соматические ятрогении — заболевания, возникающие в результате различных медицинских вмешательств (хирургических операций, анестезиологической помощи, реанимационной помощи, лечебно-диагностических процедур, профилактических мероприятий). Инфекционная ятрогения — инфекция, возникающая у пациента вследствие неправильных действий медицинских работников. Причины инфекционной ятрогении — несоблюдение законов асептики при диагностических, организационных и лечебно-профилактических мероприятиях. Кроме того, причинами инфекционной ятрогении являются нарушения правил безопасности при гемокомпонентной терапии и вакцинациях. Только строгое соблюдение правил асептики на всех этапах хирургической практики позволяет предотвратить инфекционную ятрогению.

Все перечисленные ятрогении имеют отношение к хирургии. Особенно опасны из группы соматических ятрогений диагностические ятрогении, которые влекут за собой неправильное лечение, а после инвазивных методов обследования возможны инфекционные осложнения. Причины различных ятрогенных патологий в медицине разнообразны и могут возникать на разных этапах работы врача отделения хирургии. На диагностическом этапе: — недостаточность анамнеза и объективных данных,

описывающих состояние пациента, лабораторных, аппаратно-инструментальных и других показателей; — травмирование органов и тканей в результате диагностических и хирургических манипуляций; — назначение диагностических и медикаментозных препаратов, приводящее к различным реакциям и осложнениям; — негативное отношение к внешнему виду, запаху, движениям пациента; — поведение, выходящее за пределы профессионального общения, вмешательство в «личную жизнь» пациента. На лечебно-профилактическом этапе: — неправильная и недостаточная подготовка к операции, профилактика осложнений до и после операции; — неправильное выполнение операции (необоснованное расширение или уменьшение объёма операции, выполнение не рекомендованных хирургических вмешательств, травматизация органов и тканей, оставление инородного тела); — прямое и косвенное участие в эвтаназии. Нередко недостаток профессиональных знаний является причиной ятрогений в хирургии. Например, при редком и труднодиагностируемом заболевании у пациента может возникнуть ятрогенная патология вследствие недостатка знаний у врача. Ярким примером таких ятропатогений являются многочисленные хирургические вмешательства при периодических заболеваниях.

Лечение ятрогенных заболеваний, обусловленных физическими факторами (различные диагностические и лечебные процедуры и операции), может быть консервативным (виды физиотерапии, медикаментозное, санаторно-курортное лечение) или требовать повторной операции, например, при рубцовой болезни, заболеваниях оперированного желудка. В профилактике ятропатогенных, обусловленных физическими факторами, следует сознательно ограничивать показания к любым инструментальным методам обследования и процедурам диагностического и лечебного характера, проводить оперативное лечение только после глубокого и всестороннего изучения этиологии и патогенеза заболевания, патофизиологических механизмов, выполнять операцию с максимально бережным обращением с органами и тканями, по тщательно разработанной хирургической технике. Эвтаназия (или эйтаназия) (греч. εὖ — «благая» + θάνατος — «смерть»), (англ. Euthanasia — лёгкая (безболезненная)) — практика прекращения или сокращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием и испытывающего нестерпимые мучения, удовлетворение просьбы прекратить страдания без боли или с минимальной болью при отсутствии медицинских показаний. Усыпление лабораторных и бездомных животных также называют «эвтаназией». Эвтаназию делят на два вида: пассивная эвтаназия (умышленное прекращение медицинскими работниками терапии, поддерживающей жизнь пациента) и активная эвтаназия (введение умирающему пациенту препаратов, приводящих к быстрому и безболезненному умерщвлению, или выполнение других действий). Кроме того, следует различать добровольную и недобровольную эвтаназию. Добровольная эвтаназия проводится по просьбе пациента или с заранее данным согласием. Недобровольная эвтаназия проводится без согласия пациента, обычно в состоянии бессознательности. Она осуществляется с согласия родственников или ответственного лица у некомпетентного пациента. В России активная и пассивная эвтаназия считаются преступлением и квалифицируются как умышленное преступление. В Узбекистане все виды эвтаназии запрещены.

Аналитическая часть

Тесты

1. Какая первая и самая важная задача врача при приёме хирургического больного ребёнка?
 - A) Проведение операции
 - B) Диагностика ребёнка и оценка его состояния
 - C) Назначение лекарств
 - D) Лечение родителей ребёнка

2. Каковы особенности хирургических больных детей?
 - A) Они такие же, как у взрослых
 - B) Реакция организма на стресс и скорость восстановления отличаются от взрослых
 - C) При любых заболеваниях они не чувствуют боли
 - D) При измерении артериального давления показатели всегда высокие
3. В чём значение биоэтики и деонтологии при приёме хирургического больного ребёнка?
 - A) Только в защите прав врача
 - B) В уважении прав пациента и его семьи и выполнении профессиональных обязанностей врача
 - C) Чтобы во время операции не тревожить ребёнка
 - D) Чтобы усилить контроль со стороны врача
4. Что означает понятие «ятрогения»?
 - A) Предшествующее развитие болезни
 - B) Осложнения или проблемы, вызванные действиями врача
 - C) Естественное течение заболевания
 - D) Неправильный уход со стороны родителей
5. В чём основная проблема, связанная с эвтаназией?
 - A) Трудности выбора препарата
 - B) Этические и правовые вопросы искусственного прекращения жизни
 - C) Эффективность восстановления пациента
 - D) Риск хирургического вмешательства
6. Какое поведение должен соблюдать врач при общении с родителями хирургического больного ребёнка?
 - A) Возложить принятие решений только на родителей
 - B) Давать правдивую, точную и искреннюю информацию, отвечать на их вопросы
 - C) Скрывать процесс и избегать сложных тем
 - D) Предоставлять информацию только в письменном виде
7. В каком из следующих случаев практика эвтаназии считается законной и этически допустимой?
 - A) Если ребёнок желает завершить жизнь без боли и осложнений
 - B) Когда это разрешено законом, проводится в специальных условиях и под строгим контролем
 - C) Автоматически при любом болезненном состоянии
 - D) По личному решению врача
8. В чём значение социально-психологической поддержки у хирургических больных детей?
 - A) Чтобы сократить время операции
 - B) Чтобы улучшить процесс восстановления ребёнка и снизить стресс
 - C) Чтобы удорожить медицинскую помощь
 - D) Только чтобы повысить доверие родителей

Ситуационная задача

Ситуация:

В хирургическое отделение доставлен 8-летний ребёнок с тяжёлой травмой. Ребёнок плачет от боли и страха, родители сильно встревожены. Врач должен быстро оценить состояние ребёнка, определить необходимость операции и объяснить родителям суть предстоящих действий.

В ходе процесса врач общается с ребёнком и его родителями в соответствии с правилами биоэтики и деонтологии, учитывая эмоции ребёнка. Врач также предупреждает родителей о возможных ятрогенных осложнениях.

Ребёнку сообщают о риске длительной боли и страданий вследствие тяжёлых и

необратимых осложнений. Врачи и родители ведут этическое обсуждение вопроса об эвтаназии.

Вопросы:

1. Какие особенности необходимо учитывать врачу при оценке состояния ребёнка в данной ситуации?
2. Какую информацию и какой стиль общения целесообразно использовать с родителями в соответствии с принципами биоэтики и деонтологии?
3. На что следует обратить внимание врачу для снижения риска ятрогении?
4. Какие этические отношения должны сложиться между врачом и родителями при обсуждении проблемы эвтаназии?
5. Какие меры можно принять для улучшения психологического состояния ребёнка в данной ситуации?

Контрольные вопросы:

1. Что такое ятрогения и в каких случаях она возникает?
2. Какие меры предпринимаются для профилактики ятрогенных осложнений?
3. Какую ответственность несёт врач в снижении риска ятрогении?
4. Как применяются принципы биоэтики в детской хирургии?
5. Как врач защищает права пациента в соответствии с нормами деонтологии?
6. Как возникают биоэтические проблемы при работе с детьми?

Тема 7. Изучение основ антисептики и асептики, значение санитарной обработки при приёме хирургических больных. Внутрибольничная инфекция, о «личной гигиене» во взаимодействии врача с пациентом. Структура и задачи хирургического приёмного отделения. Структура хирургического отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии и организация их работы. Устройство перевязочной.

1. Актуальность темы

В хирургической практике соблюдение правил антисептики и асептики, санитарная обработка при приёме пациентов имеют важное значение в предупреждении внутрибольничных инфекций. Соблюдение врачом правил личной гигиены при общении с пациентом повышает эффективность лечения и снижает осложнения. Также правильная организация хирургического приёмного отделения, основных отделений, отделения реанимации и интенсивной терапии, а также перевязочной определяет качество хирургической помощи. В связи с этим данная тема считается актуальной для студентов медицинского вуза.

2. Междисциплинарные и внутри дисциплины связи

При изучении данной темы основой служат знания, полученные по химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, топографической и патологической анатомии, биологии, фармакологии, иммунологии, гематологии, пропедевтике детских болезней, пропедевтике внутренних болезней, хирургии и всем клиническим дисциплинам.

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
2. Теоретическая часть

3. Аналитическая часть
-Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

В хирургии соблюдение правил антисептики и асептики, санитарная обработка пациента при приёме являются одним из основных факторов профилактики инфекций. Личная гигиена врача и его общение с пациентом имеют важное значение в процессе лечения. Также правильная организация хирургического приёмного отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии, а также перевязочной обеспечивает эффективную хирургическую помощь.

Теоретическая часть

Если бы не были разработаны механизмы борьбы с различными микроорганизмами, вызывающими тяжёлый гнойный процесс в ране, нынешних успехов хирургии достичь было бы невозможно. Из истории хирургии мы знаем, что существовало два пути борьбы с инфекциями: антисептика и асептика. Антисептика (греч. слово: *anti* — против, *septika* — воспаление) — борьба с микробами, попавшими в рану или ткань, а асептика (чистота) — предотвращение попадания инфекции в рану. Планомерно проводимые асептика и антисептика считаются важнейшими принципами современной хирургии. Асептика вместе с антисептикой обеспечивают мероприятия по созданию стерильных условий, что, в свою очередь, открывает возможности для деятельности хирургов. Для развития и жизнедеятельности микробов необходимы благоприятные условия, то есть должны быть обеспечены температура, осмотическое давление и ионная однородность. В клинической практике при использовании антисептических средств у микроорганизмов нарушаются обмен веществ и структура. Таким образом антисептические средства проявляют своё бактериостатическое действие. Если антисептические вещества проникают в плазму микроба, это приводит к свёртыванию содержащегося в ней белкового вещества, в результате чего наступает смерть микробной клетки, и при этом антисептические вещества проявляют своё бактериолитическое действие. Виды антисептических факторов делятся по воздействию на микроорганизм:

- механические
- физические
- химические
- биологические

Механическая антисептика — это удаление микроорганизмов из раны механическим путём. К методам механической антисептики относятся: обработка раны (под этим понимают удаление из раны инородных тел, гноя и сгустков крови, а также иссечение некротизированных тканей).

Физическая антисептика — один из основных современных методов в лечении ран и борьбе с воспалением. Основу физической антисептики составляют тепло, различные лампы, звуковые колебания, различные виды излучений, окружающая среда (влажность воздуха и его температура), оставление раны открытой и гигроскопические методы. К физической антисептике относятся и физиотерапевтические методы лечения: УВЧ-терапия, методы электрофореза, диатермия, озонотерапия, лечебные грязи и другие. С целью предотвращения распространения инфекции по организму и обеспечения рассасывания воспалительного инфильтрата применяется малодозовое облучение ультрафиолетовым излучением (УФ). Это повышает иммунитет организма, количество

агглютининов и элементов крови-плазмы. В последние десятилетия широко применяется лечение лазерным излучением. При лазеротерапии используют низкоинтенсивное излучение лазера. При этом гелий-неоновое лазерное излучение формирует монохроматический пучок и воздействует на кожу до 0,61 мм; на мышцы — до 2,04 мм. Также широко используются ультразвуковые методы.

Химическая антисептика — метод применения различных химических веществ в борьбе с микроорганизмами. В настоящее время используются химические вещества различных структур.

Они делятся на:

- Вещества неорганической структуры — галогены (хлор и его соединения, йод и его соединения); окисляющие растворители (борная кислота, перманганат калия, перекись водорода); тяжёлые металлы (ртуть, серебро и алюминий).
- Вещества органической структуры — фенолы, салициловая кислота и формальдегиды.

Кроме того, к химическим антисептикам относятся также противобактериальные и противовоспалительные вещества. К ним относятся антибиотики сульфаниламидной группы, препараты группы нитрофуранов и синтетические антибиотики различных групп. К веществам сульфаниламидной группы относятся — стрептоцид, норсульфазол, уросульфам, сульфапиридазин. По воздействию на микроорганизм они обладают бактериостатическим механизмом, то есть прекращают синтез необходимых для жизни клетки веществ (фолиевой и дигидрофолиевой кислот). Препараты нитрофуранового ряда являются производными 5-нитрофурана и по действию близки к антибиотикам широкого спектра. Однако в некоторых случаях они обладают большей активностью и отличаются низкой токсичностью, имеют широкий спектр действия: большинство из них активно воздействует на грамположительные и грамотрицательные бактерии, спирохеты, простейшие и крупные вирусы. Эти препараты применяются в таблетированной форме внутрь — фуродонин, фуразолидон, фурагин, фуразолин; внутривенно — салафур или фурагин К; формы для наружного применения на кожу — фурацилин. Большинство химических препаратов в клинической практике используется для предотвращения контактной и имплантационной токсичности тканей, для стерилизации микробов на инструментах, коже рук и шовном материале. Так, для обработки рук хирурга применяются спирт, раствор йода, раствор муравьиной кислоты, диоксидин 1:5000, 20% раствор хлоргексидина. Для стерилизации инструментов используют раствор муравьиной кислоты, 2% спиртовой раствор формальдегида или 2% раствор глутарового альдегида.

Биологическая антисептика — это специальные препараты, получаемые в результате жизнедеятельности живых организмов: сыворотки, вакцины, природные биологические антибиотики и фаги. Антисептические средства (с греческого «anti» — против, «septikos» — гнойный, вызывающий нагноение) — противомикробные средства широкого спектра действия, которые преимущественно местно применяются (на слизистые оболочки) для профилактики или лечения гнойно-воспалительных процессов. Некоторые препараты, отличающиеся низкой токсичностью и входящие в группу антисептиков, могут применяться и при инфекционных заболеваниях, в химиотерапии. В антисептике используются качественные химические вещества. Они обладают высокой активностью в уничтожении микроорганизмов и способностью за короткое время ликвидировать микробы, при местном применении имеют очень низкую токсичность, ускоряют заживление раны и вызывают мало местных аллергических реакций.

Асептика — это система мер, направленных на предотвращение попадания инфекции в рану. Под асептикой понимают полное уничтожение инфекций или стерилизацию на инструментах и принадлежностях, применяемых в хирургии, на различных видах материалов. Пути попадания микроорганизмов в рану могут быть следующими:

- воздушно-капельный (из пыли в воздухе, из мелких капель слюны)
- с инструментов (хирургических инструментов, перевязочных материалов и нестерильных рук)
- контактный путь
- имплантационный путь (с хирургических нитей, различных протезов)
- эндогенный путь (собственная инфекция организма)

Через эти пути в рану могут попадать различные инфекции. Если во время операции и после неё соблюдается асептика, попадание инфекции в рану предотвращается. Это, в свою очередь, предупреждает развитие в ране гнойно-воспалительного процесса.

Внутрибольничная инфекция — это группа заболеваний микробного генеза, которые развиваются вследствие заражения в больнице у пациента во время лечения или пребывания в стационаре, а также после выписки из больницы, а также инфекционные заболевания сотрудника медицинского учреждения, развившиеся в период его работы в данной организации вследствие заражения в ней.

Основные причины развития внутрибольничной инфекции

К факторам, приводящим к появлению и развитию внутрибольничной инфекции в медицинском учреждении, относятся:

- наличие невыявленных заболеваний и носителей инфекции среди медицинского персонала и пациентов;
- широкое использование сложного оборудования, требующего специальных методов стерилизации;
- создание крупных больничных комплексов, скученность в больницах и поликлиниках, относительная близость помещений (палат, процедурных и др.);
- нарушение правил асептики и антисептики, отклонение от санитарно-гигиенических норм для больниц и поликлиник;
- нарушения в дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов, аппаратов, приборов и т. п.;
- нарушения строительных норм при размещении помещений в медицинском учреждении, основных и вспомогательных корпусов, а также нарушений санитарно-эпидемиологических санитарно-гигиенических режимов;
- недостаточная квалификация медицинских работников, играющая важную роль в профилактике внутрибольничной инфекции, особенно у персонала, непосредственно участвующего в уходе за пациентами.

Работа и организация хирургического приёмного отделения

Организация работы приёмного отделения и задачи этого отделения. Приёмное отделение (приёмная) предназначено для приёма пациентов, направленных из поликлиники и станций скорой помощи либо обратившихся самостоятельно за помощью.

Приёмное отделение выполняет следующие задачи:

- круглосуточно обследует всех поступивших или обратившихся в приёмное отделение пациентов;
- ставит диагноз и оказывает нуждающимся высококвалифицированную медицинскую и консультативную помощь;
- проводит первичный осмотр и, при необходимости, для уточнения диагноза получает консультации нескольких специалистов;
- динамически наблюдает пациентов, поступивших с неуточнённым диагнозом;
- осуществляет сортировку и госпитализацию пациентов в специализированные или профильные отделения больницы;
- непрофильных пациентов после оказания первичной медицинской помощи переводит в отделение по профилю заболевания или травмы либо направляет на амбулаторное лечение

по месту жительства;

— поддерживает постоянную связь со всеми экстренными и оперативными медицинскими службами города.

Структура хирургического отделения:

Приёмное отделение — приём пациентов, первичный осмотр, необходимые санитарные обработки и оформление документов.

Хирургические палаты — помещения, где пациенты лежат до и после операции.

Операционный блок — основной участок, где проводятся хирургические вмешательства; обеспечивает стерильность.

Перевязочная — для перевязок ран и выполнения малых процедур.

Отделение реанимации и интенсивной терапии — для наблюдения и лечения тяжёлых пациентов.

Стерилизационная — для дезинфекции и стерилизации инструментов и оборудования.

Вспомогательные помещения — кабинет врачей, кабинет старшей медсестры, хозяйственные и лекарственные склады.

Аналитическая часть

Тесты

1. Что такое антисептика?
 - А) Полное уничтожение микроорганизмов
 - В) Прекращение или снижение роста микроорганизмов на коже и слизистых оболочках
 - С) Стерилизация хирургических инструментов
 - Д) Помещение пациентов на карантин
2. Какую задачу выполняет асептика?
 - А) Очистка инструментов и оборудования
 - В) Создание и поддержание стерильной среды для предотвращения инфицирования
 - С) Применение антибиотиков
 - Д) Проведение хирургического вмешательства
3. В чем состоит основное значение санитарной обработки при приеме хирургических пациентов?
 - А) В более быстром приеме пациента
 - В) В профилактике инфицирования
 - С) Для удобства работы хирурга
 - Д) В повышении физической активности пациента
4. Из каких источников может распространяться внутрибольничная инфекция?
 - А) Только из внешней среды
 - В) От пациентов, медицинских работников, оборудования и через воздух
 - С) Только с рук врачей
 - Д) Только из-за лекарственных средств
5. Что такое личная гигиена?
 - А) Только мытье рук
 - В) Совокупность всех мер по поддержанию чистоты самого человека и окружающей среды
 - С) Только смена одежды
 - Д) Лечение инфекции
6. Что включают правила личной гигиены во взаимодействии врача с пациентом?
 - А) Мытье лица и рук, ношение маски, поддержание чистоты одежды

- В) Только обследование пациента
 С) Выбор методов лечения
 D) Общение с пациентом только в письменной форме
7. Какова основная задача приемного отделения хирургии?
 А) Только регистрация пациентов
 В) Первичный прием пациентов с хирургической патологией, предварительная диагностика и оказание необходимой помощи
 С) Проведение операций
 D) Только выдача лекарств
8. Какова основная задача отделения реанимации и интенсивной терапии?
 А) Прием обычных пациентов
 В) Оказание помощи при угрожающих жизни состояниях и постоянный мониторинг
 С) Проведение восстановительных упражнений
 D) Помещение пациентов на карантин
9. Какова основная цель перевязочной?
 А) Госпитализация пациента
 В) Очистка и перевязка раны до и после операции
 С) Стерилизация инструментов
 D) Обеспечение пациента лекарствами
10. Какие меры важны для профилактики инфекции в хирургическом отделении?
 А) Только карантин пациентов
 В) Строгое соблюдение правил асептики и антисептики, обеспечение личной гигиены сотрудников
 С) Ежедневное назначение антибиотиков всем пациентам
 D) Только проведение дезинфекции

Ситуационная задача:

Ситуация:

В приемное отделение хирургии доставлен 10-летний ребенок с раной. Область ранения покрасневшая и отечная, периодически болит. Врачи и медсестры доставили пациента в перевязочную для очистки и перевязки раны.

В ходе процедуры медсестра должна строго соблюдать правила антисептики и асептики, выполнять требования личной гигиены, а также проводить все санитарные мероприятия для профилактики внутрибольничной инфекции. Врач объяснил родителям пациента риск внутрибольничной инфекции и правила ухода.

Вопросы:

1. Как соблюдать правила асептики и антисептики в перевязочной?
2. Какие санитарные мероприятия проводятся для профилактики внутрибольничной инфекции?
3. В чем значение правил личной гигиены для пациента и медработников?
4. Каковы функции приемного отделения хирургии?
5. Какую информацию о риске и профилактике внутрибольничной инфекции следует сообщить родителям пациента?

Методы проверки квалификации, навыков и знаний

- устный;

- письменный;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков;

Контрольные вопросы:

1. В чем основное различие между антисептикой и асептикой?
2. Какие средства применяются в процессе антисептики?
3. В чем значение соблюдения правил асептики при хирургических вмешательствах?
4. Как обеспечить соблюдение правил асептики в перевязочной?
5. Каковы основные источники внутрибольничной инфекции?
6. Какие санитарные мероприятия проводятся для ее профилактики?
7. Какова роль медицинских работников в профилактике внутрибольничной инфекции?
8. Что такое личная гигиена и каково ее значение для медработников?
9. Как соблюдать правила личной гигиены при общении с пациентом?
10. Каковы основные задачи приемного отделения хирургии?

Тема 8. Правила сбора, хранения и отправки биологического материала для лабораторных исследований. Порядок и правила подготовки пациента к ультразвуковым, эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям. Основы ухода за хирургическими больными

1. Актуальность темы

Правильный сбор, хранение и транспортировка биологического материала для лабораторных исследований имеют решающее значение для точной диагностики. Корректная подготовка пациента к ультразвуку, эндоскопии и рентгенологическим исследованиям повышает достоверность результатов и предупреждает осложнения. Уход за хирургическими пациентами обеспечивает эффективность лечения и способствует более быстрому выздоровлению. Поэтому тема является актуальной для медицинской практики.

2. Междисциплинарные и внутридисциплинарные связи

Изучение темы опирается на знания из биологии, химии, биохимии, биофизики, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиены и экологии (охрана здоровья, влияние окружающей среды, профилактика), этики и философии, математики и информатики (статистический анализ, медицинские расчёты, использование компьютерных технологий), а также всех клинических дисциплин.

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
 2. Теоретическая часть
 3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

В медицинской практике постановка точного диагноза и эффективное лечение часто основываются на лабораторных и инструментальных исследованиях. Правильный сбор, хранение и отправка биологического материала обеспечивают достоверность результатов исследований. Также соблюдение правил подготовки пациента к ультразвуковым, эндоскопическим и рентгенологическим исследованиям занимает важное место в диагностическом процессе. Уход за хирургическими больными является неотъемлемой частью лечебного процесса и служит быстрому и без осложнений выздоровлению пациента.

Теоретическая часть

Сбор и хранение биологического материала для лабораторных исследований
После поступления каждого пациента в стационар для постановки и подтверждения клинического диагноза необходимо выполнить анализы крови, мочи, кала, а также инструментальные исследования (рентген, ЭКГ, УЗИ и др.). Поэтому медсестра должна уметь правильно собирать материал для лабораторных исследований и хранить его.

Общий анализ крови

Общий анализ крови выполняет лаборант, а показатели оценивает врач. Общие правила сдачи крови:

- по возможности утром, натощак;
- до начала приёма лекарственных препаратов;
- до проведения физиотерапевтических процедур;
- избегать физических перегрузок;
- кровь берут в основном из 2-го пальца, у новорождённых — из пятки, в отдельных случаях — из вены.

Сбор общего анализа мочи

Для общего анализа берут утреннюю мочу. Пациенту выдают чистую банку с приклеенной этикеткой (Ф.И.О., отделение, возраст). Утром необходимо провести туалет наружных половых органов. В период менструации по возможности сбор мочи не проводится; при необходимости мочу получают катетером. Длительное хранение мочи приводит к изменению её физических свойств, размножению бактерий и разрушению элементов осадка, поэтому её следует держать в прохладном месте и доставить в лабораторию в течение 30–60 минут. В общем анализе оценивают объём, цвет, относительную плотность, содержание глюкозы, жёлчных пигментов, форменных элементов, белка, слизи, солей и бактерий.

Сбор мочи по Нечипоренко

Берут среднюю порцию утренней мочи; 10 мл центрифугируют и из полученного осадка в 1 мл подсчитывают лейкоциты и эритроциты. Норма: лейкоциты — до 2000/мл, эритроциты — до 1000/мл.

Сбор мочи по Аддису—Каковскому

Пациент собирает мочу в течение 24 часов; 10 мл центрифугируют и в 1 мл осадка подсчитывают клетки. Норма: эритроциты — до 1 000 000/сут, лейкоциты — до 2 000 000/сут.

Сбор мочи для бактериурии

Собирают среднюю или конечную порцию утренней мочи в стерильную банку с плотно закрывающейся крышкой. Доставить в лабораторию в течение 2 часов. Посев помещают в

термостат; результат через 3–7 дней с определением наличия бактерий и их чувствительности к антибиотикам.

Трёхстаканная проба

Пациенту выдают 3 стакана. Начальную порцию собирают в первый, среднюю — во второй, конечную — в третий. Если кровь только в 1-й порции — источник в уретре (уретрит); только в 3-й — мочевого пузыря (цистит); во всех трёх — источник в почках.

Проба Зимницкого

Оценка функции почек. Проводят на 3-й день адаптации к стационару. Пациент получает 8 банок и собирает мочу каждые 3 часа. На каждую банку наклеивают этикетку (Ф.И.О., номер, время). График: 6:00–9:00 — 1-я, 9:00–12:00 — 2-я, 12:00–15:00 — 3-я, 15:00–18:00 — 4-я, 18:00–21:00 — 5-я, 21:00–24:00 — 6-я, 0:00–3:00 — 7-я, 3:00–6:00 — 8-я. Если мочи не было (напр., 15:00–18:00), банка остаётся пустой. Оценивают объём и относительную плотность каждой порции, соотношение дневного и ночного диуреза (в норме $\approx 2:1$), а также размах относительной плотности (разница между максимальной и минимальной ≥ 7 ед.) — при нормальной функции почек.

Сбор кала

Материал доставляют в лабораторию как можно быстрее, пока под действием микрофлоры и ферментов не произошли изменения (желательно тёплым). Кал собирают в чистую, сухую, по возможности стеклянную посуду с плотно закрывающейся крышкой; на этикетке — Ф.И.О., цель исследования, дата. Обычно собирают утренний кал после сна.

— На лямблии/гельминты кал должен быть доставлен в лабораторию в течение 30 минут; пробу берут из разных участков.

— Для бактериологических исследований — только в стерильную посуду. При подозрении на энтеробиоз берут соскоб с перианальных складок и помещают на предметное стекло с глицерином/раствором.

Сбор кала на дисбактериоз

Свежий кал (из 2–3 мест) помещают в стерильный контейнер и немедленно отправляют в баклабораторию. В результате указывают:

- общее количество кишечной палочки;
- процент нормальной флоры;
- количество патогенной флоры.

Сбор мокроты

Проводят при бронхоэктазах, туберкулёзе, бронхиальной астме, хронической пневмонии и др. Мокроту собирают в специальную плотно закрывающуюся плевательницу и направляют в лабораторию.

Подготовка пациентов к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям

Подготовка к рентгенологическому исследованию почек и мочевых путей

Основные методы: экскреторная урография и цистография. Важно подготовить кишечник: за 2 дня исключить хлеб, картофель, молоко, капусту. Накануне или за 2 часа до исследования — очистительная клизма. Перед процедурой пациент должен опорожнить мочевой пузырь. За сутки до исследования проверяют переносимость йодсодержащего контраста. Маленьких детей иногда исследуют под наркозом; утром — натошак; за 45 минут до исследования — «антигистаминная подготовка» (в/в супрастин или пипольфен) для профилактики реакций на контраст.

Подготовка к рентгенологическому исследованию ЖКТ
Толстую кишку исследуют двумя способами:

1. ирригоскопия — введение бариевой взвеси клизмой;
2. обзор через сутки после перорального контраста.
Обычно толстую кишку смотрят через 24 часа после рентгеноскопии желудка. После приёма бария стула сутки может не быть. Утром дают лёгкий завтрак для рефлекторного продвижения содержимого и через 2 часа выполняют рентгеноскопию. Подготовка к ирригоскопии начинают за 3 дня: исключают газообразующие продукты (чёрный хлеб, молоко, картофель, виноград), пищу употребляют отварной. Накануне до обеда дают 30 г касторового масла, готовят очистительные клизмы; утром — лёгкий завтрак и повторная клизма.

Подготовка к эндоскопическим исследованиям верхних отделов ЖКТ

Для осмотра пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выполняют эзофагогастродуоденофиброскопию. За 30 минут — п/к 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата. Для местной анестезии полость рта орошают 1–3% раствором дикаина. Пациент лежит на левом боку, корпус выпрямлен, плечи расправлены, мышцы максимально расслаблены. В рот устанавливают стерильный загубник. Длительность исследования около 10 минут. В день процедуры горячую пищу не дают; приём пищи разрешён через 1–1,5 часа после манипуляции.

Аналитическая часть

Тесты.

1. Какое основное требование при сборе биологического материала для лабораторного исследования?
А) Принимать материалы после пациента
В) Собирать материал в чистую, стерильную ёмкость и доставить в лабораторию в установленный срок
С) Материал можно собирать в любую ёмкость
D) Долгое время хранить материал при комнатной температуре
2. На что следует обратить внимание при хранении биологического материала?
А) Хранить постоянно под прямыми солнечными лучами
В) Хранить при установленной температуре и в соответствующих условиях
С) Всегда хранить в холодильнике
D) Оставлять материал на открытом месте
3. Какие рекомендации даются пациенту при подготовке к ультразвуковому исследованию?
А) Перед исследованием следует ограничить приём пищи и жидкости
В) Перед исследованием нужно пить много воды
С) Подготовка перед исследованием не требуется
D) После исследования требуется специальное питание
4. Какие правила существуют при подготовке к эндоскопическому исследованию?
А) Перед исследованием необходимо полное голодание
В) Перед исследованием можно употреблять пищу в большом количестве
С) Подготовка перед исследованием не требуется
D) После исследования нельзя принимать пищу в течение 2 часов

5. Как следует подготовить пациента к рентгенологическому исследованию?
- A) На теле и одежде не должно быть металлических предметов
 - B) Переодеваться не обязательно
 - C) Перед исследованием дать обезболивающее средство
 - D) Перед рентгенологическим исследованием нужно пить много воды
6. На что в основном уделяется внимание при уходе за хирургическими пациентами?
- A) Только на назначение лекарств
 - B) На постоянный контроль физического и психического состояния пациента, профилактику инфекций и правильный уход
 - C) Уложить пациента и ничего не делать
 - D) Уделять внимание только питанию
7. Какие документы считаются важными при отправке лабораторных материалов?
- A) Только имя пациента
 - B) Направление с указанием типа материала, сведений о пациенте и времени сдачи
 - C) Только адрес лаборатории
 - D) Никакие документы не требуются

Ситуационные задачи:

Ситуация:

12-летний пациент госпитализирован в хирургическое отделение. Врач направил его сдать материалы для различных лабораторных исследований (кровь, моча, кал). Одновременно пациенту назначены ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Родители пациента не знают, как правильно собрать и хранить лабораторные материалы, а также хотят получить информацию о правилах подготовки к исследованиям. Медсестра, контролирующая состояние пациента, должна обеспечить соблюдение ухода и гигиены.

Вопросы:

1. Какие основные правила должны соблюдаться при сборе и хранении биологического материала для лабораторного исследования?
2. Как следует подготовить пациента к ультразвуковому и рентгенологическому исследованиям?
3. Какие рекомендации можно дать родителям пациента по сбору лабораторных материалов и подготовке к исследованиям?
4. На что должны обращать внимание медсестры при уходе за хирургическим пациентом?
5. Какое влияние может оказать на результат, если лабораторный материал собран или сохранён неправильно?

Методы проверки квалификации, навыков и знаний

- устный;
- письменный;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков;

Контрольные вопросы:

1. Как следует собирать и хранить биологический материал для лабораторного исследования?
2. Какие ошибки могут возникнуть в результате неправильного сбора и хранения биологических материалов?
3. Какие документы необходимо предоставить при отправке лабораторных материалов?
4. Как подготовить пациента к ультразвуковому исследованию?
5. Какие ограничения устанавливаются для пациента перед эндоскопическим исследованием?
6. На что следует обратить внимание при подготовке пациента к рентгенологическому исследованию?
7. Каковы основные задачи ухода за хирургическими пациентами?
8. Какова роль правил гигиены в уходе за хирургическим пациентом?

Тема 9 Наблюдение и лечебные мероприятия у хирургических больных-детей. Понятие наркоза, его виды и осложнения, значение общения врача с пациентом. Роль врача при изменениях психоэмоционального состояния ребёнка (депрессия, шок, страх, печаль, волнение). Питание хирургических пациентов. Оказание первичной медицинской помощи детям в жизнеугрожающих состояниях (остановка сердца, нарушение дыхания, кровотечение, отравление).

1. Актуальность темы

Наблюдение и лечебные мероприятия у хирургических больных-детей имеют исключительное значение для сохранения их жизни и здоровья. Одной из основных задач врача является корректное общение с ребёнком и его родителями по поводу видов наркоза и возможных осложнений, а также поддержка психоэмоционального состояния ребёнка. Правильное питание пациентов, психологическая помощь в периодов тревоги, страха и подавленности повышают эффективность лечения. Кроме того, оказание первичной помощи при жизнеугрожающих состояниях — остановке сердца, дыхательной недостаточности, кровотечении или отравлении — является важнейшим этапом, проверяющим профессиональную квалификацию врача. Поэтому данная тема имеет особую актуальность в детской хирургии.

2. Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи.

Изучение темы опирается на знания по биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (охрана здоровья, влияние окружающей среды, профилактические меры), этике и философии, математике и информатике (статистический анализ, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий), а также на все клинические дисциплины.

3. Состав занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
 2. Теоретическая часть
 3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

Наблюдение и лечение хирургических больных-детей — сложный процесс, требующий от врача высокой ответственности и внимания. Важной частью терапии является правильное разъяснение пациенту и его родителям видов наркоза и возможных осложнений, а также поддержка психоэмоционального состояния ребёнка. Кроме того, правильное питание и своевременное оказание первичной помощи при жизнеугрожающих состояниях играют решающую роль в сохранении жизни детей.

Теоретическая часть

Медицинские работники, занятые в хирургических отделениях, должны хорошо владеть техникой наложения различных повязок. Раздел медицины, изучающий виды повязок, способы их наложения и показания к их применению, называется десмургией. По назначению различают: защитные повязки — предохраняют рану от высыхания и механического раздражения; давящие — создают плотное давление на участок тела (часто используются для остановки кровотечения); иммобилизующие — обеспечивают неподвижность повреждённой части тела; вытягивающие — обеспечивают длительное дозированное вытяжение сегмента; окклюзионные — герметично закрывают полости тела. По характеру материала повязки бывают мягкие и жёсткие. К мягким относят марлевые, эластичные, трубчатые бинты, ватно-марлевые повязки; к жёстким — гипсовые, из специальных пластмасс, с использованием шин и т. п.

Подкладное судно и мочеприёмник у тяжёлых больных

Цель: опорожнение мочевого пузыря или кишечника у пациента, прикованного к постели.

Показание: необходимость опорожнения в постели.

Оснащение: металлическое или пластиковое судно; тёплая вода; клеёнка/подкладная пелёнка; ширма.

Алгоритм:

1. Налейте немного тёплой воды в судно, промойте, слейте; оставьте несколько миллилитров для согревания.
2. Оградите пациента ширмой.
3. Снимите одеяло/подушку так, чтобы обеспечить доступ.
4. Попросите пациента согнуть ноги в коленях.
5. Подложите клеёнку: попросите слегка приподнять таз; если пациент не может, помогите приподнять таз.
6. Правой рукой возьмите судно за ручку/узкий край.левой поддерживайте крестцово-ягодичную область, подведите судно округлённым краем к крестцу и установите.
7. Укутайте пациента и оставьте на несколько минут.
8. Снимите судно, накройте его салфеткой/крышкой и отнесите в санитарную комнату. Там опорожните, промойте проточной водой, продезинфицируйте (например, 1% раствором хлорамина на 30 минут), снова ополосните и высушите. Храните в специально отведённом месте.
Обычно мочеприёмник используют у мужчин; обработка — как у судна. После использования пациента необходимо подмыть/обмыть.

Понятие о наркозе, виды и значение общения врача с пациентом

Наркоз (от греч. *narcosis* — оцепенение) — искусственно вызываемое (химическими веществами и другими факторами) состояние глубокого сна, при котором человек не ощущает боли, не совершает произвольных движений, сознание полностью или частично выключено.

Основные виды обезболивания:

— Общее обезболивание (анестезия) — контролируемое угнетение функций ЦНС с обратимым выключением сознания, болевой чувствительности и ряда рефлексов.

— Местное обезболивание — утрата болевой чувствительности на ограниченном участке тела при сохранённом сознании.

Подготовка к анестезии. Анестезиолог должен:

- оценить общее состояние пациента;
- выявить по анамнезу факторы риска нежелательных реакций;
- оценить клиничко-лабораторные данные;
- определить хирургический и анестезиологический риск;
- выбрать метод анестезии;
- спланировать премедикацию.

Премедикация — введение лекарств до наркоза для уменьшения осложнений во время и после операции. Задачи:

- снижение эмоционального напряжения;
- стабилизация нейровегетативных реакций;
- уменьшение ответов на внешние раздражители;
- создание условий для действия анестетиков;
- профилактика аллергических реакций на применяемые препараты;
- уменьшение саливации и бронхиальной секреции.

Питание хирургических больных

Полноценное и качественное питание — ключ к успешному лечению. Дефицит питания ухудшает заживление ран и повышает риск госпитальной инфекции. Витаминно богатый рацион в послеоперационном периоде увеличивает устойчивость к инфекции и поддерживает иммунитет. Задача врача — подобрать рацион, обеспечивающий энергетические и пластические потребности: ориентировочно в сутки белки 13–17%, жиры 30–35%, углеводы 50–55% калорийности. Выбор диеты и пути питания зависит от заболевания и вмешательства.

Пути питания: естественный и искусственный. При естественном — назначают лечебные столы (классически по Певзнеру, 15 вариантов) с учётом состава, технологии приготовления, энергетической ценности и переносимости. Если обычное питание временно невозможно (ряд операций, травм и состояний), применяют искусственное:

- энтеральное (через зонд или стому),
- парентеральное,
- смешанное.

Энтеральное (зондовое) питание — введение питательных смесей через зонд в желудок или тонкую кишку. Показания в хирургии: кома/потеря сознания (ЧМТ), тяжёлая интоксикация; механические препятствия в полости рта, глотке, гортани, пищеводе (опухоли, рубцовые стенозы/ожоги); выраженный катаболизм (сепсис, ожоговая болезнь, множественные травмы); анорексии. Используют жидкие смеси (молоко, бульоны, соки) и специализированные/легкоперевариваемые составы (сухое молоко, сахара, крахмал, протёртое мясо/рыба/творог).

Если провести зонд по пищеводу нельзя (например, опухоль), формируют гастростому. Через гастростому начинают давать жидкое питание со 2-х суток: каждые 2–3 часа по 100–150 мл через воронку или шприц Жане; затем промывают трубку водой и пережимают. К 5–7-м суткам переходят на кашеобразные смеси по 400–500 мл 4–5 раз в день.

В послеоперационном периоде коррекции подлежат потери белка, электролитов и метаболические нарушения. Для расчёта калорийности учитывают глюкозу (избегая гипергликемии), добавляют липидные эмульсии (триглицериды, жирные кислоты). После крупных абдоминальных операций питание часто обеспечивают через гастро- или энтеростому

Аналитическая часть

Тесты

1. Что такое наркоз?
 - A) Комплекс лекарств, применяемых для обезболивания пациента
 - B) Только средство для уменьшения боли
 - C) Метод поддержания пациента в бодрствовании при операциях
 - D) Средство, применяемое только у взрослых
2. Каковы основные виды наркоза?
 - A) Местный и общий
 - B) Обезболивающие и психотропные препараты
 - C) Антибактериальные и противовирусные
 - D) Активный и пассивный
3. Какое осложнение наркоза считается наиболее опасным?
 - A) Аллергические реакции
 - B) Остановка дыхания
 - C) Повышение давления
 - D) Головокружение
4. Какова задача врача при общении с пациентом и его родителями по поводу наркоза?
 - A) Не давать никаких пояснений о наркозе
 - B) Разъяснить риски и ответить на вопросы
 - C) Говорить только об операции
 - D) Оставить пациента одного
5. Какова первая задача врача при депрессии, шоке или страхе у хирургического пациента-ребёнка?
 - A) Оставить пациента одного
 - B) Оказать психологическую поддержку и успокоить
 - C) Только назначить лекарства
 - D) Врач в этой ситуации не может помочь
6. На что следует обращать внимание при кормлении хирургических пациентов-детей?
 - A) Только на количество пищи
 - B) На качество, лёгкую усвояемость и соответствие состоянию ребёнка
 - C) Давать только фрукты
 - D) Полностью прекратить питание
7. Что нужно делать в качестве первичной помощи при остановке сердца?
 - A) Ничего не предпринимать
 - B) Закрытый массаж сердца и обеспечение проходимости дыхательных путей
 - C) Дать пить воду
 - D) Только ввести лекарства
8. Какие действия может выполнить врач при нарушении дыхания?
 - A) Трахеостомия, искусственная вентиляция и очищение дыхательных путей
 - B) Ничего не предпринимать
 - C) Прекратить подачу воздуха
 - D) Дать пить воду

Ситуационные задачи:

Ситуация:

В отделение хирургии доставлен 8-летний ребёнок с тяжёлой травмой. Планируется общий наркоз. Перед операцией ребёнок испуган и подавлен, мать тревожится. Врач проводит беседу с родителями для стабилизации эмоционального состояния ребёнка. Операция прошла успешно, начат уход. Через несколько часов возникли нарушение дыхания и кровотечение.

Вопросы:

1. Как врач и медсестра могут смягчить страх и подавленность ребёнка?
2. Какую информацию о наркозе следует дать ребёнку и его родителям?
3. Как организовать питание в послеоперационном уходе?
4. Какая первичная помощь необходима при нарушении дыхания?
5. Как быстро и эффективно остановить кровотечение?
6. Как должны действовать врач и медсестры при возникновении жизнеугрожающих состояний?

Методы проверки навыков, умений и знаний

- устная;
- письменная;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;
- демонстрация освоенных практических навыков.

Контрольные вопросы:

- Что такое наркоз и каковы его основные виды?
- Каковы основные осложнения наркоза?
- В чём важность общения врача с пациентом и его родителями по вопросам наркоза?
- От каких факторов зависит психоэмоциональное состояние хирургического пациента-ребёнка?
- Как врач должен помогать при депрессии, шоке, страхе и тревоге?
- На что обращать внимание при кормлении хирургических пациентов-детей?
- Как оказывается первичная помощь при остановке сердца, нарушении дыхания, кровотечении и отравлении?

Тема 10 Значение ухода, который должен проводить врач в послеоперационном периоде. Организация питания. Общение врача с больным ребёнком в послеоперационном периоде. Информирование о состоянии тяжёлых пациентов-детей в терминальном состоянии. Особенности смены одежды и постельного белья у тяжёлых хирургических больных детей, роль врача в профилактике пролежней.

1. Актуальность темы

Уход за детьми в послеоперационном периоде имеет решающее значение для их выздоровления и профилактики осложнений. Правильная организация питания и налаженное общение между врачом и ребёнком повышают эффективность лечения. При ведении детей в терминальном состоянии важны своевременное информирование и правильная тактика врача. Вместе с тем у тяжёлых хирургических больных особого внимания требуют смена одежды и постельного белья, а также профилактика пролежней, что предполагает повышенную ответственность врача. Поэтому данная тема имеет актуальное значение в детской хирургии.

2. Междисциплинарные и внутрипредметные связи

Изучение темы опирается на знания по биологии, химии, биохимии, биофизике, нормальной и патологической физиологии, нормальной анатомии, гистологии, гигиене и экологии (вопросы охраны здоровья, влияния окружающей среды, профилактики), этике и философии, математике и информатике (статистический анализ, медицинские расчёты, применение компьютерных технологий), а также на все клинические дисциплины.

3. Структура занятия

Практическое занятие

1. Вводная часть
 2. Теоретическая часть
 3. Аналитическая часть
- Тесты и ситуационные задачи
4. Практическая часть

Вводная часть

В послеоперационном периоде уход за детьми является неотъемлемой частью процесса выздоровления. Правильная организация питания, коммуникация между врачом и ребёнком, наблюдение за пациентами в терминальном состоянии, а также гигиенический уход — всё это имеет ключевое значение для профилактики осложнений и повышения эффективности лечения.

Теоретическая часть

Понятие послеоперационного периода.

Послеоперационный период — это время от окончания операции до выписки пациента из стационара и восстановления трудоспособности. В зависимости от объёма и характера операции, а также общего состояния больного этот период может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев. Результат хирургического вмешательства во многом зависит от того, как организован уход в послеоперационном периоде. Роль среднего медперсонала здесь чрезвычайно велика: своевременное и точное выполнение назначений врача, корректное отношение к пациенту — залог быстрого выздоровления.

После небольших вмешательств (обычно под местной анестезией) ребёнка переводят в общую палату; грудничка — на руки матери. После больших операций пациента помещают в специально оснащённые послеоперационные палаты, рассчитанные на проведение реанимационной помощи. Перевод ребёнка из операционной в послеоперационную палату осуществляет врач-анестезиолог или медсестра этой палаты. Важно не причинить дополнительных травм: не сдвинуть повязку, не повредить гипс. С операционного стола ребёнка перекладывают на каталку и на ней доставляют в палату. Каталку ставят к кровати со стороны ног и осторожно перекладывают пациента на кровать (возможен вариант подведения носилок к изголовью).

Наблюдение и уход.

В послеоперационном периоде роль врача в наблюдении и уходе ключевая. Необходимо

выслушать жалобы, оценить выражение лица (страдальческое, спокойное, бодрое и т. п.), цвет кожи (бледность, гиперемия, цианоз), температуру тела (снижение, норма, повышение). Ежедневно проводить общий осмотр, постоянно контролировать функции жизненно важных органов. Профилактика осложнений начинается с правильно организованного ухода.

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивают по пульсу, артериальному давлению, цвету кожи. Замедление пульса с увеличением его наполнения (40–50 уд/мин) может свидетельствовать о поражении ЦНС (отёк мозга, кровоизлияние), менингите. Учащение пульса и уменьшение его наполнения (≈ 100 уд/мин) — признак вторичного шока или кровотечения. Если это возникло внезапно и сопровождается болью в груди и кровохарканьем, следует думать об эмболии лёгочной артерии; при этом возможна быстрая смерть.

Независимо от вида и объёма вмешательства после операции вентиляция лёгких обычно снижается (поверхностное, учащённое дыхание). Причины: уменьшение экскурсии грудной клетки (боль, вынужденное положение), скопление секрета в бронхах (затруднённое отхождение мокроты). Это ведёт к дыхательной недостаточности и пневмонии. **Профилактика:** ранняя активизация, ЛФК, массаж, периодические ингаляции кислорода, антибиотикотерапия, отхаркивающие препараты.

Любая операция влияет и на функцию ЖКТ, даже если вмешательство было не на его органах: торможение ЦНС и ограничение подвижности провоцируют дисфункцию. «Зеркало» ЖКТ — язык.

Сухость языка указывает на значительную потерю жидкости и нарушение водного обмена. Сухой, потрескавшийся язык с плотным белым налётом характерен для патологии брюшной полости — перитонита, пареза кишечника.

При сухости во рту рекомендуются полоскания слабосолёной водой; при трещинах — раствором соды (1 ч. л. на стакан воды), 2% борной кислотой, раствором перекиси водорода (2 ч. л. на стакан воды), 0,05–0,1% раствором перманганата калия; смазывание глицерином. На фоне сухости возможны стоматит и паротит; для стимуляции слюноотделения в воду добавляют лимонный или клюквенный сок.

Психическое состояние после операции имеет большое значение. Капризный пациент хуже соблюдает режим и рекомендации, что утяжеляет заживление ран. Стресс следует уменьшать не только медикаментами, но и качественным уходом.

Раздача и приём пищи.

Питание готовят в единой больничной кухне и доставляют в отделения в термосудах с обозначенной температурой. В буфете отделения при необходимости пищу подогревают: первые блюда и горячие напитки — не ниже 75 °С, вторые — не ниже 65 °С, холодные блюда и напитки — 7–14 °С.

Раздаёт еду процедурная/палатная медсестра. Ходячие пациенты приходят в буфет, лежачим — приносят в палату. Перед раздачей надевают специальный халат; уборка в буфете во время раздачи не проводится. На время еды лечебные и физиопроцедуры приостанавливают. Тяжёлым больным помогают вымыть руки, приподнимают изголовье (если нет противопоказаний). Тех, кто не может есть самостоятельно, кормят с ложки; жидкости дают из поильника. Во время еды говорить не следует, чтобы пища не попала в дыхательные пути. Если ребёнок не доел, не принуждают — позже можно подогреть и предложить снова. Посуду убирают через 20–30 минут.

При некоторых заболеваниях приём пищи через рот затруднён или невозможен (патология полости рта, пищевода, желудка, утрата сознания) — применяют **искусственное питание:** через назо-/орогастральный зонд или гастростому.

Помощь и информирование при терминальных состояниях.

Терминальное состояние (лат. *terminalis* — конечный) — пограничье жизни и смерти с критическими нарушениями жизненных функций: резкое падение АД, глубокие расстройства обмена и газообмена. Причины: травмы, ожоги, поражение электротоком, утопление, механическая асфиксия, инфаркт миокарда, острые аритмии, анафилаксия (укусы насекомых, лекарственные реакции) и др.

Патогенез остановки сердца может различаться. При повешении первично рефлекторная остановка дыхания и воздействие на каротидные синусы; при сдавлении крупных сосудов шеи, трахеи, переломах шейных позвонков механизм иной. При утоплении вода заполняет дыхательные пути, прекращая оксигенацию в альвеолах. В других случаях критический спазм голосовой щели приводит к тяжёлой гипоксии. При прохождении электрического тока возникают критические нарушения жизненных функций.

Принята трёхступенчатая классификация терминальных состояний: **преагональное состояние, агония, клиническая смерть** (далее — состояние после реанимации).

Преагония: оглушение/сопор, АД не определяется, пульс на периферических артериях отсутствует (сохраняется на бедренной и сонной), дыхание нарушено, одышка, цианоз и бледность кожи и слизистых.

Агония: отсутствует сознание и роговичный рефлекс, АД не определяется, на крупных артериях пульс едва ощутим, на периферии — нет; тоны сердца глухие; на ЭКГ — выраженная гипоксия и аритмии.

Клиническая смерть: полная остановка кровообращения, утрата дыхания и функций ЦНС. Обмен резко замедляется, но не прекращается полностью (за счёт анаэробного гликолиза), поэтому состояние обратимо — его длительность определяется «выживаемостью» мозга после остановки кровообращения и дыхания.

Отдельно выделяют понятия «**смерть мозга**» (декортикация) — необратимое поражение полушарий (в ранние сроки после остановки кровообращения поставить диагноз трудно), и **биологическая смерть** — необратимое прекращение жизнедеятельности (гипостазы, трупное окоченение, падение температуры). У практически здоровых людей среднее «время жизни» мозга после остановки кровообращения около 3 минут, затем начинаются необратимые изменения. Ранними общими признаками смерти являются триада: апноэ, асистолия, потеря сознания (кома).

Диагностика и неотложные действия.

Апноэ определяют визуально по отсутствию экскурсии грудной клетки; при попытке ИВЛ и непроходимости верхних дыхательных путей воздух не проходит. Срочно восстанавливают проходимость: укладывают, запрокидывают голову, выполняют попытку вентиляции. Отсутствие пульса на сонной/бедренной артерии — показание к началу **закрытого массажа сердца**. При восстановлении дыхания и кровообращения переходят к целенаправленному охлаждению мозга/органов и медикаментозной защите от гипоксии.

Уход при агонии.

Агония — предсмертное состояние с глубокими нарушениями обмена и угасанием функций. За ней может следовать короткая терминальная пауза (секунды — минуты): сначала учащение, затем кратковременная остановка дыхания, брадикардия, расширение зрачков, исчезновение фоторефлекса. В собственно агонии (секунды — часы) функции высших отделов НС угасают, сознания нет, функция продолговатого мозга хаотична (дыхание редкое, неритмичное), АД падает до нуля, пульс нитевидный или отсутствует, гипотермия, возможны судороги и паралич сфинктеров. Затянувшаяся агония приводит к отёку лёгких.

Внешний вид: бледность с цианозом, холодный пот, помутнение роговицы. При остановке сердца и дыхания наступает клиническая смерть.

Пациенту в агонии необходимы реанимационные мероприятия: поддержка дыхания, кровообращения, введение кардио- и церебропротективных средств. Лишние разговоры у постели недопустимы (сохранённый слух может усугубить состояние). Больного по возможности изолируют. Если клиническая смерть наступила после операции или травмы, реанимацию продолжают.

Биологическая смерть.

При неэффективности реанимации наступает биологическая смерть: дыхание и сердечная деятельность прекращаются, мышцы расслабляются, падает температура; позже появляются трупные пятна. Врач констатирует смерть и фиксирует дату и время в истории болезни. Тело раздевают, выпрямляют ноги, подвязывают нижнюю челюсть, закрывают веки, укрывают и оставляют на 2 часа. Медсестра крепит бирку с Ф. И. О. и номером истории болезни, оформляет направления. Тело направляют в патологоанатомическое отделение после появления явных трупных признаков. Все трупы подлежат вскрытию; затем выдаются родственникам. Ценные вещи снимают, составляют акт и передают под расписку.

Аналитическая часть

Тесты:

1. Почему уходные мероприятия врача в послеоперационном периоде важны?
А) Чтобы обеспечить более быстрое выздоровление пациента
В) Только для уменьшения боли
С) Только для выполнения административных задач
D) Только чтобы уложить пациента в постель
2. Как следует организовать питание в послеоперационном периоде?
А) Рано начинать кормление и давать легкоусвояемые блюда
В) Давать только жидкую пищу
С) Долго держать пациента голодным
D) Кормить чем угодно без ограничений
3. На что врачу следует обращать внимание при общении с оперированным ребёнком в послеоперационном периоде?
А) Психологическая поддержка пациента и полное информирование о процессе
В) Говорить только о лекарствах
С) Оставлять пациента одного
D) Не предоставлять никакой информации родителям
4. Какова задача врача при ведении тяжёлого ребёнка в терминальном состоянии?
А) Давать точную и полную информацию о состоянии пациента, готовить семью
В) Не сообщать никакой информации о пациенте
С) Только назначать лекарства
D) Не обращаться к пациенту
5. На что обращать внимание при смене одежды и постельного белья у тяжёлых хирургических пациентов-детей?
А) Строгое соблюдение гигиенических правил, не травмировать кожу
В) Часто менять нет необходимости

- С) Менять только вечером
 D) Должен выполнять сам пациент
6. В чём роль врача в профилактике пролежней и раневых осложнений?
 А) Определить правильный порядок ухода, контролировать профилактические мероприятия
 В) Только назначать лекарства
 С) Ограничиться укладыванием пациента в постель
 D) Переложить лечение ран на пациента
7. Какие аспекты особенно важны в уходе после операции?
 А) Снижение риска инфекции, контроль боли и поддержка психоэмоционального состояния пациента
 В) Обращать внимание только на питание
 С) Оставлять пациента без какого-либо наблюдения
 D) Менять только режим постельного режима
8. Какие методы применяются для профилактики раневых осложнений (пролежней) у тяжёлых пациентов-детей?
 А) Регулярное увлажнение кожи и смена точек давления (положения тела)
 В) Долго держать пациента в одном положении
 С) Редко менять одежду и бельё
 D) Класть только на жёсткую кровать

Ситуационная задача

Ситуация:

Операция по поводу аппендицита у 10-летнего ребёнка прошла успешно. В послеоперационном периоде ребёнок жалуется на боль и беспокойство. Врач и медсестра организуют питание, регулярно меняют одежду и постельное бельё. Ребёнок эмоционально подавлен и испытывает страх, родители обеспокоены его состоянием. При частых изменениях состояния врач должен общаться с ребёнком и его родителями и разъяснять все уходные мероприятия.

Вопросы:

1. Какие уходные мероприятия следует проводить с ребёнком в послеоперационном периоде?
2. Как целесообразно организовать питание ребёнка?
3. В каком стиле врачу следует работать при общении с ребёнком и его родителями?
4. На что обращать внимание при смене одежды и постельного белья?
5. Какие профилактические меры принимаются для предупреждения раневых осложнений (пролежней, инфекции)?
6. Как врач может помочь, если ребёнок в состоянии эмоциональной подавленности или страха

Методы проверки навыков, умений и знаний

- устная;
- письменная;
- органайзеры;
- тест;
- решение ситуационных задач;

- демонстрация освоенных практических навыков

Контрольные вопросы

1. Из чего состоят уходовые мероприятия, которые должен проводить врач в послеоперационном периоде?
2. Как следует организовать питание пациента в послеоперационном периоде?
3. Какой подход должен использовать врач при общении с оперированным ребёнком и его родителями в послеоперационном периоде?
4. Каковы обязанности врача при ведении тяжёлых пациентов-детей в терминальном состоянии?
5. Какие гигиенические правила соблюдаются при смене одежды и постельного белья у тяжёлых хирургических пациентов-детей?
6. Какие профилактические мероприятия применяются для предупреждения пролежней и других осложнений?
7. Какие меры может предпринять врач для поддержки психоэмоционального состояния ребёнка в послеоперационном периоде?
8. Как должно строиться взаимодействие врача и медсестры в уходе за пациентом после операции?
9. Какие меры должен предпринять врач при возникновении послеоперационных осложнений?
10. Как уходовые мероприятия в послеоперационном периоде влияют на скорость восстановления пациента?

Список практических навыков	
1	Техника внутривенного введения (инъекции)
2	Техника подкожного введения (инъекции)
3	Внутрикожное введение (инъекция)
4	Внутримышечное введение (инъекция)
5	Техника постановки очистительной клизмы, техника лечебной клизмы
6	Техника лечебной клизмы
7	Техника сифонной клизмы
8	Техника масляной клизмы
9	Места пальпации пульса
10	Измерение артериального давления по методу Н. В. Короткова
11	Измерение температуры тела
12	Подсчёт частоты дыхательных движений
13	Сбор мочи у мальчиков
14	Порядок сбора мочи у девочек
15	Порядок постановки судна и мочеприёмника
16	Сбор мочи по методу Нечипоренко
17	Сбор мочи по методу Аддиса—Каковского
18	Сбор мочи по методу Зимницкого
19	Уход за глазами, ушами, носом
20	Техника купания новорождённых (младенцев)
21	Техника промывания желудка
22	Техника катетеризации мочевого пузыря у девочек и мальчиков
23	Техника использования газоотводной трубки

Критерии оценивания самостоятельной работы студента

Контроль самостоятельной работы осуществляется в форме изложения одним студентом подготовленного сообщения (реферата) по теме и опроса остальных студентов по данной теме. В ходе самостоятельной работы приобретённые студентами знания и навыки оцениваются на основе критериев практических занятий.

Основная литература	
1.	Халматова Б.Т., Охунов А.О., Каримов М.Ш. и др. «Тиббиёт касбига кириш» (Введение в профессию врача), учебник. Ташкент, 2021.
2.	Халматова Б.Т., Охунов А.О., Каримов М.Ш. и др. Введение в клинику, Учебник. Ташкент. 2019 г.
3.	Умарова М.С. «Педиатрияда соғлом болалар парвариши», учебное пособие. Ташкент, 2020.
4.	Халматова Б.Т. «Педиатрия ва неонатологияда ҳамширалик иши», учебник. Ташкент, 2018.
5.	Охунов А.О. «Хирургик клиникасига кириш», электронный учебник. ТТА, 2018.

6.	«Болалар касалликлари пропедевтикаси: дарслик тиббиёт олий ўқув юрти талабалари учун». Д.Т. Ашурова, О.А. Турсунова, Н.А. Ахророва, Г.А. Мамбеткаримов, В.Л. Leonberg. Ташкент, 2018.
Дополнительная литература	
7.	Xalmatova V.T. “Pediatriya va neonatologiyada hamshiralik ishi” darslik. Toshkent – 2018 y.
8.	Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О. Обследование хирургического больного. Курация больных. Схема академической истории болезни. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем, Методическая рекомендация. Ташкент. 2018 г.
9.	Bolalar kasalliklari propedevtikasi: Tibbiyot oliy o‘quv yurti talabalari uchun darslik. D.T.Ashurova, O.A.Tursunova, N.A.Axrorova, G.A.Mambetkarimov, B.L.Leonberg Toshkent- 2018
10.	Bolalar kasalliklari propedevtikasi, darslik. A.Sh. Arziqulov, I.I. Alimjanov, M.M. Djalalova, Toshkent- 2017
11.	Bolalar kasalliklari propedevtikasi: Tibbiyot oliy o‘quv yurti talabalari uchun darslik Karimjonov I.A Pediatriya va neonatologiyada hamshiralik ishi –T., 2012
12.	Krasnov A.F. Sestrinskoe delo - tahriri ostida Oliy o‘quv yurtlarining oliy ma'lumotli xamshira fakulteti uchun o‘quv qo‘llanma- M., 2000 y, 1-2 tom.
13.	Sinel'nikov I.M.Neotlojnaya pomosh' v pediatrii- Moskva, 2000
14.	Bolalar kasalliklarini integrasion usulda olib borish. O‘quv qo‘llanma. UzRSSV/YuNISEF,2003
Интернет сайты	
15.	www.ziyonet.uz
16.	www.medlincs.ru
17.	www.medbook.ru .
18.	http://www.edu.uz
19.	http://www.pedagog.uz
20.	www.lex.uz
21.	http://www.labirint.ru/books/570674/
22.	http://refleader.ru/rnaqasqasyfs.html

ПРИЛОЖЕНИЯ:

- Учебная (модульная) программа
- Силлабусы
- Раздаточный материал
- Тесты
- Положение об оценивании
- Задания OSCE
- Электронная версия УМК