1. Положение о медицинской сестре врача-терапевта

медицинский сестра инъекция

1.1 Медицинская сестра врача-терапевта является специалистом в области сестринского дела, работает совместно с врачом терапевтом и обеспечивает медицинскую помощь прикрепленному населению, включая профилактические и реабилитационные мероприятия.

.2 На должность медицинской сестры терапевта назначаются медицинские сестра, прошедшие подготовку по программе специализации.

.3 Медицинская сестра терапевта работает под руководством врача.

Медицинская сестра участкового терапевта назначается и освобождается от должности в соответствии с действующим законодательством.

. Обязанности медицинской сестры участкового терапевта. Основными обязанностями медицинской сестры участкового терапевта являются:

.1 Выполнение профилактических, лечебных, диагностических мероприятий, назначаемых врачом в поликлинике и на дому, участия в проведении амбулаторных операций.

.2 Оказание больным и пострадавшим первой доврачебной медицинской помощи при травмах, отравлениях, острых состояниях, организация госпитализации больных и пострадавших по экстренным показаниям.

.3 Организация амбулаторного приема врача участкового, подготовка рабочего места, приборов, инструментария, подготовка индивидуальных карт амбулаторного больного, бланков рецептов, проведение осмотра больного, предварительный сбор анамнеза.

.4 Соблюдение санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментария и материалов, мер предупреждения постинъекционных осложнений, сывороточного гепатита, СПИДа, согласно действующим инструкциям и приказам.

.5 Ведение учетных медицинских документов (статистические талоны, карты экстренного извещения, бланки направления на диагностические исследования, посыльные листы во ВТЭК, санаторно-курортные карты, контрольные карты диспансерного наблюдения и т.д.).

.6 Обеспечение кабинета врача терапевта участкового необходимыми медикаментами, стерильными инструментами, перевязочными материалами, спецодеждой. Учет расходов медикаментов, перевязочных материалов, инструментов, бланков специального учета, контроль за сохранностью и исправностью медицинской аппаратуры и оборудования, своевременным их ремонтом и списанием.

.7 Проведение персонального учета обслуживаемого населения, выявления его демографической и социальной структуры, учет граждан, нуждающихся в надомном медико-социальном обслуживании.

.8 Проведение в поликлинике и на дому доврачебных профилактических осмотров населения.

.9 Организация учета диспансерных больных, инвалидов, часто и длительно болеющих и др.; контроль их посещений, своевременное приглашение на прием.

.10 Участие в проведении санитарно-просветительной работы на участке: пропаганда гигиенических знаний, здорового образа жизни, рационального питания, закаливания, физической активности и т.д..

.11 Подготовка санитарного актива участка, проведение занятий по оказанию самопомощи и взаимопомощи при травмах, отравлениях, острых состояниях и несчастных случаях; обучение родственников тяжелобольных методам ухода, оказание первичной доврачебной помощи.

.12 Подготовка больных к проведению лабораторных и инструментальных исследований.

.13 Своевременное ведение установленных учетно-отчетных, статистических документов

.14 Постоянное повышение, усовершенствование своего профессионального уровня, знаний, профессиональной культуры

.15 Выполнение правил внутреннего трудового распорядка, медицинской этики, требований по охране труда и техники безопасности

.16 Проведение осмотров граждан в рамках национального проекта по дополнительной диспансеризации.

.17 Организация и осуществление диспансеризации населения лиц с повышенным риском заболевания сердечно-сосудистой системы.

.18 Осуществление противоэпидемиологических мероприятий (прививки, выявление инфекционных заболеваний, диагностика и наблюдение за лицами, бывшими в контакте с ними).

.19 Проведение профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом, злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом.

. Права медицинской сестры врача терапевта участкового.

.1 Вносить предложения по вопросам организации труда, обеспечения необходимыми медицинскими медикаментами, инструментами, перевязочными материалами, а также по вопросам улучшения лечебно-профилактической помощи населения в пределах своей компетенции

.2 Принимать участие в совещаниях (собраниях) по вопросам лечебно-профилактической и организационной работы на прикрепленном участке

.3 Постоянно повышать свои знания, не реже одного раза в 5 лет на базе училищ (отделений) повышения квалификации работников по средним специальным медицинским и фармацевтическим образованием

2. Ответственность медицинской сестры

Медицинская сестра участкового терапевта несет ответственность: за осуществляемую профессиональную деятельность, неоказание медицинской помощи больным в состояниях угрожающих жизни, за противоправные действия или бездействие, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, в установленном законом порядке.

Согласно СанПину участковая медсестра терапевта ежегодно должна проходить периодические медицинские осмотры и должна быть проверена на наличие:

· сердечно-сосудистыехзаболеваний;

· бактерионосительства;

· заболеваний внутренних органов;

· хронических инфекционных и аллергических заболеваний;

· психических недугов и расстройств нервной системы;

· раздражительности;

· нарушений слуха, речи, зрения.

Противопоказания.

Медицинские противопоказания:

· нервные и психические заболевания;

· выраженные заболевания зрения и слуха;

· инфекционные и кожные заболевания.

Мой рабочий день длится с 8 часов до 16 часов. Работа ведется по 5-ти дневной рабочей неделе с одним дежурством в месяц по субботам с 8-00 до 14-00. Продолжительность рабочего дня составляет 7 часов 48 минут, из них на амбулаторный прием 3-4 часи, работа на участке 3-4 часа.

Прихожу на работу на 15 минут раньше врача. Подготавливаю перед амбулаторным приемом рабочее место, контролирую наличие необходимой медицинской документации, инвентаря. Подготавливаю и передаю в регистратуру талоны на прием к врачу на текущую неделю. Приношу перед началом приема из регистратуры медицинские карты амбулаторных больных, подобранных регистраторами в соответствии с листами самозаписи. Слежу за своевременным получением результатов исследований и расклеиваю их в медицинские карты амбулаторных больных. Регулирую поток посетителей путем фиксирования соответствующего времени в талонах повторных больных. Сообщаю в регистратуру обо всех случаях передачи медицинских карт амбулаторных больных в других кабинетах с целью внесения соответствующих записей в карту. При необходимости помогаю больным подготовиться к осмотру врача. Веду учет диспансерных больных и своевременно вызываю их на прием к врачу. Объясняю больным способы и порядок подготовки к лабораторным и аппаратным исследованиям. Оформляю под контролем врача медицинскую документацию: направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты. Измеряю артериальное давление, считаю пульс и данные заношу в амбулаторную карту. Регулирую прием больных в зависимости от очередности и состояния. Заполняю статистические талоны, карты экстренного извещения, бланки направлений на лечебно-диагностические исследования. Помогаю врачу заполнять посыльные листы во МСЭК, санаторно-курортные карты, выписки из амбулаторных карт. Объясняю больному как правильно подготовиться к тому или иному обследованию. Как правильно собрать материал для всех видов лабораторных исследований.

В моем кабинете имеется следующая документация:

Форма 40;

Журнал выхода на инвалидность;

Журнал диспансерных больных;

Журнал госпитализации;

Журнал направления в стационар;

Журнал выявленной патологии при обследовании

Паспорт участка;

Журнал учета инфекционных заболеваний ф.060у;

Медицинская карты амбулаторного больного ф.025у;

Журнал регистрации экстренной профилактики столбняка;

Посемейный список;

Карты «Д» наблюдения

Форма 030-Р-У (Приложение 7 к Приказу 255) учет лекарственных средств по ДЛО

План работы на год;

План профилактических прививок взрослого населения;

Работаю с группой диспансерных больных. Пишу открытки для вызова, отмечаю явки, пишу направления на ЭКГ, ЭХОКГ, анализы. Направляю на консультацию к неврологу и окулисту. При необходимости выписываю направление в процедурный кабинет на уколы. С группой диспансерных больных провожу беседы о правильном питании, о немедикаментозном лечении, о профилактике и лечении.

В своей работе руководствуюсь нормативными документами, составленными на предупреждение внутрибольничной инфекции и алгоритмами выполнения манипуляций по клинической дисциплине «Сестринское дело»:

Конституция РФ статья 41 «Право на охрану здоровья и медицинской помощи».

«Основные законодательства РФ об охране здоровья граждан» в редакции федерального закона № 122-ФЗ от 22.08.2004.

Закон о медицинском страховании граждан РФ № 1499-1 от 22.06.2006.

Программа государственных гарантий «Оказание гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» от 28.07.2005.

Приказ № 1000 «о мерах по усовершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» от 23.09.1981.

Приказ № 707 «о порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» от 30.05.1986.

Приказ № 350 «о совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ» от 20.11.2006.

Приказ № 255 «о порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» от 22.11.2004.

Приказ № 328 «об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» от 29.11.2004.

Приказ № 487 «об утверждении порядка организации первичной медико-социальной помощи» от 29.07.2005.

Приказ № 490 «об организации деятельности медицинской сестры участковой» от 21.06.2006.

Этический кодекс медицинской сестры России от 06.1996. Разработан Ассоциацией медицинских сестер России.

Отраслевой стандарт 42-21-2-85 «Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения. Методы, средства, режимы»

Приказ 770 от 10.06.85 «О введении в действие отраслевого стандарта 42-21-2-85 «О дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинского назначения. Методы, средства, режимы»

Приказ № 720 МЗ СССР от 14.04.1979 «О мерах по улучшению организации и качества специализированной медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями»

Приказ № 338 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РФ № 345 от 26.11.97 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций при аварийной ситуации»

Приказ № 408 МЗ СССР от 12.01.1989 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

Приказ « 170 МЗ РФ от 16.08.1994 г « О мерах по усовершенствованию профилактики и лечению ВИЧ - инфекции в Российской Федерации.

На моем участке проживает население в составе 1712 человек. На участке 16 улиц и 10 предприятий.

В район обслуживаемого участка входят такие улицы как: Волгоградская, Степная, Школьная, Космонавтов, Терешковой, М.Железняка, Октябрьская, Ленинская, Заполяновская, Урожайная, Коренная, Комарова, Зеленая, Садовая, Крестьянская и усадьба Плодосовхоз.

.Характеристика участка

Представленный в отчете II терапевтический участок расположен на окраине п. Елань. Радиус отдаленности от участка до поликлиники - от 3-х до 10-ти км. Так как городской транспорт ходит не регулярно, больным нелегко посещать поликлинику, особенно пожилым людям в ненастную погоду и мы оказываем помощь на дому.

Дома на участке одно и двухэтажные, есть ветхие и неблагоустроенные. Санитарное состояние в основном удовлетворительное. Общая численность населения на участке - 1712 человек.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| НАСЕЛЕНИЕ | 2011 | 2012 | 2013 |
| Всего населения | 1705 | 1710 | 1712 |
| Работающего населения | 993 | 1024 | 1053 |
| Пенсионеры | 712 | 686 | 659 |
| Престарелые | 309 | 271 | 266 |
| Из них: ИОВ | 4 | 2 | 1 |
| УВ | 4 | 4 | 3 |
| Вдовы | 20 | 15 | 10 |

Анализируя таблицу, можно придти к выводу, что за прошедшие три года идет тенденция к увеличению роста работающего населения, а также уменьшению числа лиц пенсионного возраста. Отмечается резкое уменьшение лиц ИОВ, УВ и вдов, что объясняется увеличением их возраста и заболеваний.

На обслуживаемом мною участке находится также 10 предприятий:

. «Волгоградэлектросвязь»

. «Еланский прчтампт»

. Администрация Еланского муниципального района.

. Администрация Еланского городского поселения.

. Еланская МБОУ СОШ № 2

. Еланский филиал «Сады Придонья»

. Межмуниципальный отдел МВД России «Еланскай».

. Ветлечебница

. ОАО «Еланьрайгаз»

. Племпредприятие.

На этих предприятиях, а также на прилагаемом участке, согласно национальному проекту «Здоровье» проводится дополнительный диспансерный осмотр и углубленный медицинский осмотр работающего населения

Диспансеризация проводится согласно нормативно-правовых документов Минздрава России «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012, № 1006н и «Порядок проведения профилактического медицинского осмотра», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012, № 1011н.

Диспансеризация взрослого населения проводится *путем углубленного обследования* граждан в целях:

раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

Основными особенностями нового Порядка диспансеризации являются:

участковый принцип ее организации;

двухэтапный принцип проведения диспансеризации - первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. Первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов;

конкретизация понятия «факторы риска», к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребления алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

В ходе диспансеризации на «Д» учёт ставятся пациенты с заболеваниями:

бронхиальная астма;

туберкулез;

хронический алкоголизм;

миома матки;

гипертоническая болезнь;

язвенная болезнь желудка4

сахарный диабет;

онкологические больные;

стоящие на учете у психиатра;

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года, перечень осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации в зависимости от возраста и пола гражданина (объем диспансеризации), определяется в соответствии с приказом.

Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

Врач-терапевт является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического участка

Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются:

) составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

) активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование об ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

) проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

) проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;

) участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - паспорт здоровья);

) подведение итогов диспансеризации.

На основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики заполняется «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» по форме, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Информация о проведении диспансеризации и ее результаты вносятся врачом-терапевтом в паспорт здоровья, который выдается гражданину.

Для определения по результатам диспансеризации группы состояния здоровья гражданина и планирования тактики его медицинского наблюдения используются следующие критерии: группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья. группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики. группа состояния здоровья - граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а

также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании .

Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации;

) уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

) уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;

) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

) увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья.

В медицинской организации ведется учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, с регистрацией осмотров врачами - специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных в рамках проведения диспансеризации, и осмотров, исследований, мероприятий, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации) и учитываемых при диспансеризации, а также отказов граждан от прохождения отдельных осмотров, исследований и мероприятий.

После проведенных осмотров лиц с выявленной патологией берем на диспансерный учет и пролечиваем.

4.Качественные и количественные показатели работы за 2011-2013 гг.

С каждым годом я стараюсь повысить качественный и количественный показатель моей работы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование населения | Кол-во человек 2011 год | Кол-во человек 2012 год | Кол-во человек 2013 год |
| 7 | Взрослое население | 1705 | 1710 | 1712 |
| 9 | Женщины | 930 | 926 | 956 |
| 10 | Мужчины | 775 | 784 | 756 |

«Д» больные, состоящие на учете за 2011-2013 годы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2011 год | 2012 год | 2013 год |
| Бронхиальная астма | 14 | 13 | 11 |
| Туберкулез | 2 | 0 | 1 |
| Хронический алкоголизм | 27 | 23 | 31 |
| Гипертоническая болезнь | 101 | 115 | 123 |
| Язвенная болезнь желудка | 23 | 21 | 18 |
| Сахарный диабет | 39 | 44 | 50 |
| Онкологические заболевания | 50 | 57 | 65 |
| Амбулаторный прием: | 2011 | 2012 | 2013 |
| Принято: | 4340 | 4432 | 4661 |
| По заболеванию обратилось (приемов) | 4016 | 4001 | 4261 |
| Вызовов на дом | 786 | 792 | 801 |
| Измерений артериального давления | 504 | 512 | 518 |
| Измерений температуры тела | 33 | 40 | 32 |
| Сделано патронажей | 528 | 531 | 543 |
| Сделано процедур (в/в, в/м, п/к инфузий) | 264 | 251 | 238 |
|  |  |  |  |

В связи с национальным проектом «Здоровье» проводим иммунизацию населения по возрастам против кори, АДСМ и гриппа, Еще развернута вакцинация против гепатита «В» по возрастам, сделано всем по 3 вакцинации.

Прививочная работа взрослому населению за 2011 - 2013 годы

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование вакцинации | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|  | План | Сделано | План | Сделано | План | Сделано |
| R-столбняка |  |  |  |  |  |  |
| V дифтерии |  |  |  |  |  |  |
| R дифтерии |  |  |  |  |  |  |
| V1 гепатит «В» |  |  |  |  |  |  |
| V2 гепатит «В» |  |  |  |  |  |  |
| V3 гепатит «В» |  |  |  |  |  |  |

Инфекционных заболеваний в 2011-2013 году не зарегистрировано.

Заболеваемость за 2011-2013 годы:

На первом месте по заболеваемости стоят *АГ*, на втором месте - *Сахарный диабет*, на третьем месте - *Онкология*.

Веду работу с прикрепленным населением. Работа с населением по гигиеническому воспитанию осуществляется путем бесед, санбюллетеней, санитарным надзором за состоянием усадеб и прилегающим к ним территорий. В зависимости от времени года беседую с населением о профилактике простудных заболеваний, профилактике клещевого энцефалита, гепатита «В», ОКЗ, гельминтов, аллергических заболеваний. Веду контроль за неблагополучными семьями. За отчетный период выполнена определенная работа по улучшению здорового образа жизни сельского населения.

Прием больного начинается с определения общего состояния ( на основе его сознания, выражения лица, симптомов заболевания, его положения, осмотра кожных покровов и видимых слизистых оболочек (цвет, наличие сыпи, влажность), наличие отеков, сбор информации о состоянии здоровья (анамнез) больного.

Затем учитываются объективные показатели - температура тела, частота пульса и дыхания, величина артериального и глазного давления.

Артериальное давление - это кровяное давление, замеряемое на артериях. Давление возникает вследствие работы сердца, нагнетающего кровь в сосудистую систему, и сопротивления сосудов. Величина кровяного давления в артериях, венах и капиллярах различна и является одним из показателей функционального состояния организма.

Обычно прослушивается два вида давления «верхнее» и «нижнее»

«Верхнее» давление - это давление крови на стенки артерии, регистрируемое во время сокращения сердца. «Верхнее» давление еще называют максимальным давлением или систолическим давлением (от слова систола - сокращение сердца) или сердечным давлением.

То есть «верхнее» давление - это максимальная регистрируемая величина давления крови на стенки артерии.

Во время расслабления сердца, кровь из него в артерии не поступает, поэтому давление там постепенно снижается. Минимальная величина, до которой падает давление крови на стенки артерий, и является «нижним» давлением. «Нижнее» давление еще называют минимальным давлением или диастолическим давлением (от слова диастола - расслабление сердца) или сосудистым давлением. Нижнее давление - это минимальная регистрируемая величина давления крови на стенки артерии.

Измерение артериального давления проводится при помощи специального прибора - тонометра. Он состоит непосредственно из сфигмоманометра, который служит для сжимания плечевой артерии и регистрации уровня давления, и фонендоскопа, которым выслушивают тоны пульсации артерии.

Для того, чтобы измерить АД, необходимо обернуть манжетку тонометра вокруг плеча больного (то есть выше локтя на пару сантиметров). Далее к области локтевой ямки, немного кнутри прикладывается головка фонендоскопа. После этого грушей накачивается воздух в манжетку. Тем самым сживается плечевая артерия. Обычно достаточно довести давление в манжете до 160 - 180 мм рт.ст., но бывает необходимо поднять уровень давления и выше, если давление измеряется у больного, страдающего артериальной гипертензией.

Дойдя до определенного уровня АД, воздух из манжетки начинают постепенно спускать с помощью вентиля. При этом слушают тоны пульсации плечевой артерии. Как только в фонендоскопе появляются биения пульсации артерии, этот уровень АД считается верхним (систолическое АД). Далее воздух продолжают спускать, и тоны постепенно ослабевают. Как только пульсация перестала слышаться, этот уровень АД считается нижним (диастолическим).

Кроме того, можно измерять давление и без фонендоскопа. Вместо этого уровень АД отмечается по появлению и исчезновению пульса на запястье.

Иногда приходится измерять АД на обеих руках, так как оно может быть разным. Измерение давления следует проводить в спокойной обстановке, больной должен при этом спокойно сидеть.

Систолическое давление - это верхнее давление, и оно отражает работу сердца. Верхний предел систолического давления обычно доходит до 140 мм рт.ст. При изолированном повышении систолического давления уровень верхнего давления отмечается выше 140 мм рт.ст., но при этом диастолические давление (нижнее) бывает меньше 90 мм рт.ст. Такая патология характерна для пожилых людей. При этом отмечается увеличение т.н. пульсового давления. Пульсовое давление - это разница между систолическим и диастолическим АД. В норме оно колеблется от 40 до 50 мм рт.ст.

Повышение пульсового давления считается предвестником значительных нарушений в организме. Повышенное пульсовое давление указывает на увеличение в 2 - 4 раза риска появления в будущем расширения сердца, инфаркта миокарда и инсульта, а также смертности от этих заболеваний. Клинические исследования показывают, что снижение пульсового давления хотя бы на 20 мм рт.ст. до уровня ниже 160 мм рт.ст. способно снизить этот риск.

При работе в кабинете я соблюдаю правила санитарно гигиенического, противоэпидемического режима асептики и антисептики.

Обработка рук - это серьезная мера профилактики внутрибольничной инфекции, обеспечивающая безопастность пациентов и персонала.

Различают 3 уровня обработки рук: социальный, гигиенический и хирургический.

*Социальный или 1-ый уровень* обработки рук применяют перед осмотром и после осмотра пациента; перед и после выполнения различных процедур; перед приемом пищи; после посещения туалета.

*Гигиенический или 2-ой уровень* обработки рук проводится перед выполнением инвазийных процедур; перед одеванием и после снятия стерильных перчаток; после контакта с биологическими жидкостями или после возможного микробного загрязнения, перед уходом за пациентом с ослабленным иммунитетом.

Необходимые условия :

1. Здоровая и неповрежденная кожа рук, ногти, выступающие не более 1 мм за подушечки пальцев, без покрытия лаком, отсутствие украшений на руках;

2. Локтевой кран в процедурном кабинете, кран с «барашками» на посту палатной медсестры, в кабинете амбулаторного приема, теплая проточная вода.

Оснащение: разовые салфетки, стерильные марлевые или ватные шарики, стерильные марлевые салфетки, 70% этиловый спирт, жидкое мыло с дозатором (или мыло брусковое и мыльница с решеткой), емкость с дезраствором, стерильные перчатки.

Подготовка к манипуляции

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п | ПРОЦЕСС | ОБОСНОВАНИЕ |
| 1 | Область под ногтями вычистить приспособлением для чистки ногтей под проточной водой. | Подногтевое пространство способствует размножению микроорганизмов. |

Выполнение манипуляций

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ПРОЦЕСС | ОБОСНОВАНИЕ |
| 1 2 3 4 5 | Увлажнить руки, тщательно вымыть с мылом и промыть водой. При мытье тщательно тереть и держать руки так, чтобы избежать загрязнения от прикосновения с раковиной, халатом и другими предметами. Просушить руки стерильной марлевой салфеткой Тщательно обработать кожу рук в течении 2-3 мин шариками, смоченными 70% спиртом или спиртосодержащим кожным антисептиком. Использованные шарики выбросить в емкость с дезинфицирующим раствором. Надеть стерильные перчатки. | Механическое удаление временных микроорганизмов и бытовой грязи. Предотвращение дополнительного загрязнения На сухой коже повышается антимикробный эффект кожного антисептика. Дополнительная обработка, при которой происходит эмульгирование жиров и продуктов жизнедеятельности кожи и их удаление, но спирт не обладает постоянным химическим эффектом и ненадолго подавляет рост микробов. Создание барьера от инфекций |

Завершение манипуляции

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ПРОЦЕСС | ОБОСНОВАНИЕ |
| 1 | После завершения работы снять перчатки, вымыть руки, просушить разовой салфеткой и обработать смягчающим кремом | Поддержание целостности кожи. |

*Хирургический уровень* обработки рук применяют в хирургии перед оперативным вмешательством (Максимальный смыв с рук микроорганизмов).

В совершенства владею всеми видами иньекций и манипуляций

.Выполнение внутривенной и внутримышечной, подкожной инъекции

Подготовка к процедуре: вымыть руки, одеть стерильные перчатки.

. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном препарате;

. Набрать в шприц лекарственный препарат;

. Помочь пациенту занять удобное положение (лежа на спине или сидя);

. Под локоть пациента положить клеенчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе), надеть перчатки;

. Наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку) в средней трети плеча, при этом пульс по лучевой артерии не должен измениться, завязать жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля - вниз.

. Попросить пациента несколько раз сжать и разжать кулак, одновременно обработать область локтевого сгиба стерильной ватой, смоченной спиртом, движением от периферии к центру и определить наполнение вены (нужно найти наиболее наполненную вену).

Выполнение процедуры

. Взять шприц, указательным пальцем фиксировать канюлю иглы, остальным - охватить цилиндр сверху;

. Проверить проходимость иглы и отсутствие воздуха в шприце (если в шприце много мелких пузырьков, встряхнуть его, и мелкие пузырьки сольются в один большой, который легко вытеснить через иглу);

. Натянуть левой рукой кожу в области локтевого сгиба, несколько смещая ее к периферии, чтобы фиксировать вену;

. Не меняя положение шприца в руке, держа иглу срезом вверх (параллельно коже) пунктируем вену, осторожно ввести иглу на 1/3 длинны так, чтобы она была параллельна вене, пока не ощутим «попадания в пустоту».

. Убедившись, что игла в вене (потянуть поршень на себя - в шприце должна появиться кровь), развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов, попросить пациента разжать кулак и ввести лекарство.

Выполнение внутримышечной инъекции

Подготовка к процедуре

. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве и предстоящей инъекции;

. Подготовить руки к инъекции, одеть перчатки;

. Набрать в шприц лекарственное средство;

. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение («на животе» или «на боку»)

Выполнение процедуры

. Определить место инъекции (верхненаружный квадрат ягодицы), надеть перчатки;

. Обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками, смоченными спиртом;

. Левой рукой плотно зафиксировать мягкие ткани в месте инъекции;

. Ввести иглу в мышцу под углом 90\*, оставив 2-3 мм иглы над кожей;

. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство;

. Извлечь иглу как обычно

Окончание процедуры

. Снять перчатки;

. Помочь пациенту занять удобное для него положение.

Выполнение подкожной инъекции

Подготовка к процедуре

. Подготовить руки к инъекции

. Набрать в шприц лекарственное средство

. Сообщить пациенту необходимую информацию о лекарственном средстве.

. Помочь пациенту занять нужное положение; предложить ему освободить место инъекции - это может быть наружняя поверхность плеч и бедер, подлопаточная область, боковые поверхности передней брюшной стенки, область ягодиц.

Выполнение процедуры.

. Надеть перчатки

. Обработать кожу в месте инъекции последовательно двумя ватными тампонами со спиртом, вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции;

. Левой рукой взять место инъекции в складку;

. Ввести иглу под кожу в основание кожной складки под углом 45\* к поверхности кожи срезом вверх на глубину 15 мм (2/3 длинны иглы), указательным пальцем придерживать канюлю иглы;

. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство;

. Извлечь иглу, продолжая придерживать ее за канюлю, место инъекции прижать стерильной ватой, смоченной спиртом.

Окончание процедуры

. Провести мягкий массаж места инъекции не отнимая ваты от кожи;

. Спросить пациента о самочувствии, снять перчатки.

Опасность заражения ВИЧ-инфекции возникает при аварийной ситуации (порез, укол инструментами, загрязненными кровью или другими биологическими жидкостями от ВИЧ-инфицированных больных, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа, глаз.

Для снижения риска заражения ВИЧ инфекции и гепатита В необходимо следующее:

Убедиться в целостности аварийной аптечки и проверить сроки годности содержимого;

Перед надеванием перчаток обработать кожу ногтевых фаланг йодом;

При попадании биологических жидкостей на незащищенную кожу следует: - вымыть руки с мылом; - протереть руки тампоном, смоченным 70% этиловым спиртом.;

При попадании биологических жидкостей в нос - следует промыть носовые ходы и закапать в них 1% раствор проторгола.

При попадании биологических жидкостей в глаза - промыть их

проточной водой и закапать в них 10% раствор сульфацила натрия или промыть бледно-розовым раствором калия перманганата (1:10000)

При попадании биологических жидкостей в полость рта необходимо прополоскать рот проточной водой, а затем 70% этиловым спиртом.

При уколе или порезе обработать перчатки дез. средством, затем снять перчатки, выдавить кровь из ранки и обработать ее 3% раствором перикиси водорода, затем 5% раствором йода и заклеить ранку бактерицидным пластырем.

Все порезы и травмы регистрируются в «Журнале микротравм на производстве».

.Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях

Стандарты оказания медицинской помощи - это перечень своевременных, последовательных, минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий, применяемых в типичной клинической ситуации.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ

. Правильный выбор стандарта, соответствующего клинической ситуации.

. Соответствие квалификации персонала и оснащения уровню оказания помощи.

. Понимание не только используемого раздела, но и стандарта в целом (включая примечания).

. Учет специфики неотложного состояния и индивидуальных особенностей больного для внесения обоснованных изменений в схему стандартного лечения.

. Применение минимально возможного количества и доз препаратов, использование регулируемых способов их введения.

. Учет противопоказаний, взаимодействия и побочных эффектов лекарственных средств.

. Оказание неотложной помощи в максимально ранние сроки в минимально достаточном объеме.

. Своевременная передача больного непосредственно специалисту.

1. АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

Аллергическая реакция немедленного типа, сопровождаетс опасными для жизни нарушениями дыхательной сердечно-сосудистой, нервной эндокринной и других систем

Диагностика - Зуд, одышка, сжимающие боли в сердце, головокружение, удушье, чувство жара, озноб. Пульс учащенный АД 90/60 и ниже, дыхание шумное, хриплое, возможна потеря сознания, асфиксия, судороги.

Неотложная помошь.

Прекратить введение лекарств и других аллергенов.

Уложить больного

Повернуть голову набок, вынуть зубные протезы.

Зафиксировать язык для предотвращения асфиксии.

Измерить АД, пульс.

Ввести 0,5 мл 0,1% р-р адреналина

Положить холод на место иньекции

При подкожном введении наложить жгут выше места иньекции.

Р-р адреналина 0,1%

Р-р норадреналина на 0,1% - 1 мл

Преднизолон 30 мг - 2 мл

Гидрокортизон 125 мг фл по 5 мл

Тавегил 2 мл

Супрастин 2% - 2 мл

Димедрол 1% - 1 мл

Р-р натрия гидрокарбоната 8% - 100 мл

Полиглюкин 450 мл, реополиглюкин - 450 мл

Эуффилин 2,4% - 10 мл, коргликон 0,06% - 1 мл

Р-р хлористого натрия 0,9% - 400 мл или ампулы.

2. ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Характерны загрудинная боль с иррадиацией в левое плечо, предплечье, лопатку, шею, нижнюю челюсть, надчревную область; нарушения сердечного ритма и проводимости; реакции на прием нитроглицерина нет. Могуь быть варианты начала заболевания: астматический (сердечная астма, отек легких); аритмический (обморок, внезапная смерть, синдром МАС); цереброваскулярный (острая неврологическая симптоматика); абдоминальный (боль в надчревной области, тошнота, рвота); малосимптомный (неопределенные ощущения в грудной клетке).

Неотложная помощь:

Соблюдение строгого постельного режима, создать физический и психический покой.

Измерить артериальное давление и пульс.

Дать разжевать таб. Аспирина 0,25 мг.

Дать сублингвально таб нитроглицерина 0,5 мг (до 3 табл с интервалом в 5 мин).

Раствор анальгина 50% - 2,0 в/в + р-р димедрола 1% - 1 мл в/в струйно на растворе натрия хлорида 0,9% - 10 мл

При отсутствии эффекта в/м или в/в раствор промедола 2% 1 мл или раствор морфина гидрохлорида 1% 1 мл

Провести ингаляцию кислородом для устранения гипоксии.

Ввести раствор гепарина натрия 1,0 ( 5000 ЕД) в/в.

Госпитализировать немедленно.

Основные опасности и осложнения:

острые нарушения сердечного ритма и проводимости вплоть до фибрилляция желудочков;

рецидив ангинозной боли;

артериальная гипотензия (в том числе медикаментозная);

острая сердечная недостаточность (отек легких, шок);

артериальная гипотензия, аллергические, аритмические, геморрагические осложнения при введении стрептокиназы;

нарушения дыхания при введении наркотических анальгетиков;

разрыв миокарда, тампонада сердца.

3. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Гипертонический криз это одно из наиболее частых и опасных осложнений гипертонической болезни (артериальной гипертонии). Гипертонический криз развивается вследствие расстройства механизмов регуляции артериального давления и кровообращения. При гипертоническом кризе наблюдается сильное повышение артериального давления, симптомы нарушения работы сердца и головного мозга, вегетативные проявления нарушения циркуляции крови во всем организме. Большинство случаев гипертонического криза провоцируется эмоциональным стрессом, погодными изменениями, переутомлением, повышенными физическими нагрузками и пр. В развитии гипертонического криза важную роль играет нарушение центрального звена регуляции артериального давления (центры регуляции артериального давления, расположенные в головном мозге). Другими причинами гипертонического криза могут быть отмена приема лекарств, назначенных от давления, злоупотребление алкоголем. Ввиду повышенного риска для жизни и здоровья пациента, гипертонический криз требует неотложной медицинской помощи.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Успокоить пациента.

Уложить с высокоподнятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок.

Измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений.

Дать больному сублингвально 1 таб капотена 25 мг

При отсутствии эффекта в/в р-р дибазола 1%-5 мл, р-р магния сульфата 25% - 10 мл в/в

Ввести р-р лазикса 2 мл в/в.

Основные опасности и осложнения

Легких гипертензивных кризов не бывает. Каждый гипертензивный криз может закончиться любым из перечисленных осложнений и даже смертью:

нарушение мозгового кровообращения (геморрагический или ишемический инсульт);

отек легких (сердечная астма);

приступ стенокардии;

инфаркт миокарда;

аритмии