Содержание

Введение

. Теоретическая часть. Обзор литературы по проблем пациента с ущемленной грыжей

.1 Определение заболевания

.2 Структура сестринского процесса

. Практическая часть

.1 Изучение организационно-психологических условий рабочего места медсестры хирургического отделения ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ"

.2 Сестринское обследование пациента с заболеванием ущемление грыжи и оформление карты сестринского ухода

.3 Реализация программы сестринских вмешательств при решении проблем пациента с ущемлённой грыжей

.4 Разработка плана обучения пациента и членов его семьи

Заключение

Список литературы

Приложение

# Введение

Первые сведения о грыжах и попытках их лечения относятся к глубокой древности. Естественно, что вследствие ограниченных знаний анатомии и физиологии человека, а также низкого уровня развития медицины, методы лечения грыж в то время были далеки от современных, порою даже бесчеловечны. Об этом можно судить по методам лечения, которые применялись, по описанию Цельса, в Византии, а именно: вырезание грыжевого мешка, прижигание грыжи раскаленным железом, перевязка грыжевого мешка. Вполне понятно, что эти методы только усугубляли мучения больных и способствовали ускорению печального исхода.

В России одна из первых операций по поводу ущемленной грыжи с благоприятным исходом была произведена в 1835 г. И. Ф. Бушем.

По мере улучшения средств и методов антисептики и асептики становится очевидным преимущество оперативного метода лечения ущемленных грыж перед консервативным.

В 1892 г. в России видный хирург А. Л. Кадьян заявляет о недопустимости вправления ущемленной грыжи. Это положение не вызывало уже больше возражений со стороны хирургов, однако тактика оперативного лечения продолжала оставаться разной. Стала очевидной необходимость обсуждения методов лечения ущемленных грыж на широком совещании хирургов. Этой проблеме и были посвящены III (1903), VI (1906), XX (1928) съезды российских хирургов и более позже, в 1957 г., Пленум Всероссийского научного медицинского общества хирургов. На последнем съезде с программным докладом выступил Б. А. Петров. Докладчик показал, что при ущемленной грыже в ее исходе основное значение имеют фактор времени и возраст больного, и рекомендовал прибегать к первичной резекции кишки в широких пределах.

Актуальность темы исследования в том, что рассматриваемое в дипломной работе заболевание ущемление грыжи встречается часто в хирургической практике. В настоящее время более половины всех больных, доставляемых в хирургические учреждения в неотложном порядке, имеют ущемление грыжи.

Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости ущемление грыжи по частоте занимает 2-е место после острого аппендицита. Грыжами страдают 12 - 14 человек на 10 000 населения. Ущемление отмечается примерно у 10% больных с грыжами. Летальность при ущемленных грыжах составляют 2 - 4 %, что во много раз превышает таковую при остром аппендиците. От квалификации медицинской сестры зависит успех лечения пациента.

Объектом дипломной работы является пациент с диагнозом ущемленная грыжа.

Предметом исследования определены выявленные проблемы пациента с заболеванием ущемленная грыжа.

Целью исследования стала разработка и реализация программы сестринских вмешательств у пациента с диагнозом ущемленная грыжа в условиях хирургического стационара ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ".

Для решения поставленной цели мы определили следующие задачи:

) Обзор литературы с использованием современных источников по заболеванию ущемленная грыжа, приоритетным и ожидаемым проблемам пациента, сестринским вмешательствам в соответствии с нормативно-правовой документацией.

). Ознакомление с медицинской организацией, хирургическим отделением, с особенностями работы постовой медицинской сестры.

) Сестринское обследование пациента с заболеванием ущемленная грыжа, оформление карты сестринского ухода и составление программы сестринских вмешательств.

) Оценка выполнения программы сестринских вмешательств и качества выполненных услуг

) Определить степень готовности выпускника к выполнению профессиональных обязанностей медсестры хирургического отделения.

Для выполнения выпускной квалификационной работы были использованы следующие метолы исследования: теоретический анализ литературы, нормативно-правовой и организационно-методической документации, субъективное и объективное обследование пациента, с заболеванием ущемление грыжи. Подготовленная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, \_\_\_\_\_\_ приложений, общим объемом \_\_\_\_ страниц.

# 1. Теоретическая часть. Обзор литературы по проблемам пациента с ущемленной грыжей

## 1.1 Определение заболевания

Ущемлением грыжи называют внезапное сдавливание грыжевого содержимого в грыжевых воротах, сопровождающееся нарушением кровоснабжения ущемленного органа (см.приложение№1). Это осложнение делает невозможным обратное вправление грыжи, вызывает постоянную острую боль, а позже - острую кишечную непроходимость и перитонит.

Ущемленная грыжа (по лат. incarceratio nernia) наступает после внезапного повышения внутрибрюшного давления (поднятия тяжестей, натуживания, кашля и т.д.)

Ущемление развивается преимущественно у людей среднего и пожилого возраста. Около 30% больных составляют дети до 15 лет, причем в 90% ущемление приходится на первые 3 года жизни. Грыжи ущемляются несколько чаще у женщин, чем у мужчин. Однако по абсолютному количеству мужчин оказывается гораздо больше вследствие того, что среди них больше имеющих грыжи. Ущемление паховой грыжи чаще возникает у мужчин (7:1), бедренных и пупочных - у женщин (10:1).

Среди ущемленных грыж преобладают паховые (60-70%). Летальность остается высокой из-за поздней обращаемости за помощью. 10-15 % больных с этим осложнением поступает в хирургическое отделение позже 24 часов с момента ущемления, что и обуславливает высокую послеоперационную летальность. Для её снижения необходимо проводить санитарно-просветительную работу и своевременно направлять грыженосителей на хирургическое лечение.

## Этиология.

К ущемлению грыж предрасполагают узость грыжевого отверстия, хронические воспалительные и рубцовые изменения грыжевого мешка и грыжевых ворот. Непосредственной причиной ущемления является внезапное повышение давления в брюшной полости, возникающее при физическом напряжении (крик у маленьких детей, рвота, сильный кашель, запор и др.). Оно может развиться также при переполнении петли кишки, находящейся в грыжевом мешке, каловыми массами и газами.

Чаще в грыжевом мешке ущемляется петля кишки (около 80%), реже - сальник. Таким образом, у 3 из 4 больных ущемление сопровождается острой кишечной непроходимостью, что и приводит к высокой летальности. Другие органы, придатки матки, мочевой пузырь ущемляются редко.

Ущемление внутренних грыж происходит вследствие внедрения кишечника во внутренние кольца пахового и бедренного каналов, во врожденные дефекты сальника и брыжейки, реже - в винслово отверстие, в щели между диафрагмой и стенкой грудной клетки и в остро возникающие травматические дефекты. В 90% и более во внутренних грыжах ущемляются петли тонкой кишки, редко - толстая кишка, желудок и другие органы.

По механизму развития ущемление бывает эластическим и каловым.

Под влиянием повышения внутрибрюшного давления грыжевое кольцо эластически растягивается, и через него выходят петли кишечника. Затем отверстие уменьшается, сдавливая вышедшие органы, которые обратно не вправляются.

При каловом ущемлении приводящее колено кишки переполняется кишечным содержимым, а по отводящему отток затрудняется вследствие сдавливания. Это ведёт к перерастяжению грыжевого мешка, которое в свою очередь вызывает вторичное сокращение грыжевых ворот.

Наиболее частым является эластичное ущемление.

Если каловое ущемление своевременно не ликвидировано, оно может стать эластичным. Этому способствуют быстрый ход калового ущемления и промедление с его ликвидацией. Каловые и смешанное ущемления чаще встречают у людей пожилого и старческого возраста, склонных к тромбообразованию. Тонус и трофика кишечной стенки нередко снижены, омертвение кишечной петли развивается быстро.

По форме выделяют ущемления ретроградное и пристеночное.

Ретроградное ущемление возникает тогда, когда ему подвергается та часть петли, которая лежит в грыжевом мешке, а отдел, расположенный в брюшной полости. При этом ущемление петли тонкой кишки располагаются в форме буквы W, то есть две петли расположены внизу, в самом грыжевом мешке, а соединительная средняя петля - вверху, в брюшной полости. Ретроградные ущемления встречаются у 3-6% от всех ущемленных грыж, около 80% их приходятся на паховые грыжи.

Пристеночное ущемление такое, при котором в сжатое ущемительное кольцо попадает и сжимается не вся стенка кишки, а только небольшая часть, преимущественно из свободного от брыжейки края. Пристеночное защемления встречается у 2-4%, преимущественно у лиц молодого и среднего возраста, реже у мужчин, чем у женщин.

У детей вследствие эластичности сосудов, меньшего сдавления ущемляющим кольцом и лучшего кровоснабжения кишки нередко бывает самовправление ущемленной грыжи.

## Патогенез

Ущемление любого органа сопровождается местным нарушением его кровоснабжения и общими явлениями. Местные изменения характеризуются развитием странгуляционноц борозды по линии ущемления, дистальне которой возникают венозный застой, тромбоз сосудов и нарушение кровоснабжения. В грыжевом мешке накапливается транссудат - "грыжевая вода", вначале серозный, затем переходящий в геморрагический и гнойно-гнилостный с каловым запахом.

При ущемлении сальника развивается его некроз с последующим образованием воспалительного инфильтрата. При ущемлении кишки наблюдается быстро нарастающая странгуляционная непроходимость кишечника, гангрена кишки и перитонит. В запущенных случаях (2-3 суток после ущемления) гнойное воспаление распространяется на грыжевые оболорчки и развивается каловая флегмона мешка.

Общие явления зависят от вида и сроков ущемления грыжи. В начальном периоде преобладающим симптомом являются боли. Второй период характеризуется развитием механической непроходимости кишечника и перитонита с клиникой тяжелой интоксикации: "маска Гиппократа", холодный липкий пот, тахикардия, олигурия и другие симптомы

## Клиника

Клинические проявления ущемления грыжи зависят от формы ущемления, ущемленного органа, времени, прошедшего с момента ущемления. Классическими признаками ущемления грыжи являются: внезапная сильная боль в области грыжи, напряжение грыжевого выпячивания и невозможность его вправления Интенсивность боли различная. Резкая боль может вызвать обморок, шоковое состояние. Боль постоянного характера, особенно интенсивна при ущемлении тонкой кишки.

Местные признаки ущемления грыжи, грыжевое выпячивание резко болезненно при пальпации, плотное, напряженное. Грыжевое выпячивание не увеличивается при натуживании больного. Симптом кашлевого толчка выявить не удается. При перкуссии определяется притупление, если грыжевой мешок содержит сальник, мочевой пузырь, "грыжевую воду". Перкуторный звук бывает тимпаническим, если в грыжевом мешке находится кишка, содержащая газ. Наружное паховое кольцо не определяется. В запущенной стадии над выпячиванием возникают гиперемия, повышение температуры, отек кожи и другие признаки флегмоны.

Начало осложнения связано с повышением внутрибрюшного давления (физическая работа, кашель, дефекация и др )

Общая симптоматика зависит от ущемленного органа; ущемления кишечника сопровождается симптомами странгуляционной непроходимости; мочевого пузыря - болями над лобком и дизурическими явлениями; грыж Литтре, Рихтера и ущемление придатков - сильными болями в области грыжи с последующим развитием перитонита.

При ущемлении кишки в клиническом течении осложнения можно выделить три периода. Первый период - болевой, или шоковый, второй период-мнимого благополучия, третий период-разлитого перитонита.

Для первого периода характерна острейшая боль, которая вызывает явления шока. Пульс слабый частый, артериальное давление снижено, дыхание становится частым и поверхностным. Этот период бывает выражен при эластической форме ущемления.

В период мнимого благополучия происходит уменьшение боли, которая до этого была очень интенсивной. Это может ввести в заблуждение врача и больного, принимающих уменьшение или исчезновение боли за улучшение течения заболевания. Уменьшение боли можно объяснить омертвением ущемленной петли кишки. Однако местные проявления ущемления грыжи остаются. Если больного не оперируют, состояние его быстро ухудшается, наступает третий период разлитого перитонита. Температура тела повышается, пульс учащается. Увеличивается вздутие живота, появляется фекалоидная рвота. Отечность в области грыжевого выпячивания увеличивается, появляется гиперемия кожи, развивается флегмона.

## Осложнения

Ущемление грыжи, приводит к некрозу - это омертвение живых тканей, и перитониту. Если содержимым грыжи является сальник, то перитонит и кишечная непроходимость не возникают, но может развиться флегмона (гнойное воспаление) грыжевого мешка. При несвоевременном лечении флегмона может привести к смерти пациента. При такой патологии на фоне симптомов неосложненной ущемленной грыжи появляются признаки интоксикации (эндотоксикоза): тяжелое общее состояние пациента, тахикардия, высокая температура, рвота, падение артериального давления.

Грыжевое выпячивание становится отечным, горячим на ощупь, становится багрового, а затем синюшного цвета. При этом покраснение кожи и отек могут распространяться за пределы грыжевого выпячивания. Только экстренная хирургическая помощь может помочь пациенту в данном случае. При несвоевременном обращении флегмона представляет угрозу для жизни пациента.

Чаще всего встречаются осложнения в виде развития кишечной непроходимости. Развивается это состояние вследствие ущемления петель кишечника в грыжевых воротах. При этом возникает интенсивная схваткообразная боль в области грыжевого выпячивания. У пациента на фоне жажды и сухости во рту возникает многократная рвота, которая не приносит облегчения. Из-за нарушения перистальтики кишечника отмечается задержка стула и отхождения газов. Объективно при осмотре можно выявить вздутый живот, учащение сердцебиение, ухудшение общего состояния пациента. При наличии таких симптомов необходимо срочно доставить больного в хирургический стационар.

Если ущемление грыжи длится около суток, то вероятность летального исхода возрастает до 25 % вне зависимости от операции. В таких случаях требуются срочная госпитализация и оперативное вмешательство.

Шансы на излечение тем выше, чем быстрее сделана операция. Ущемление грыжи можно сравнить с бомбой в животе, которая может внезапно взорваться. Поэтому не надо ждать, пока произойдёт взрыв, а лучше сразу обратиться к специалистам.

## Диагностика

Диагностика ущемленной грыжи в типичных случаях не сложна. Необходимо прежде всего учитывать анамнез, из которого удается выявить наличие у больного грыжи, которая до момента появления болей была вправимой и безболезненной. Следует учитывать также, что моменту ущемления предшествует, как правило, сильное физическое напряжение: подъем тяжести, бег, прыжок, акт дефекации и др.

Физикальное обследование больного должно быть очень внимательным, так как начальная картина ущемления имеет сходные черты с некоторыми другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. В связи с этим при болях в животе, прежде всего, необходимо осмотреть все те "слабые" места брюшной стенки, которые могут служить грыжевыми воротами.

При осмотре грыжевое выпячивание обычно хорошо заметно, оно не исчезает и не меняет очертаний при изменении положения тела больного.

При пальпации выпячивание резко напряжено и болезненно, особенно в области грыжевых ворот. Передаточный кашлевой толчок отсутствует.

Перкуссия выпячивания в ранней стадии ущемления кишки может выявить тимпанит, однако позже вследствие появления грыжевой воды тимпанит сменяется тупым перкуторным звуком.

При аускультации над ущемленной грыжей перистальтика не выслушивается, но над брюшной полостью нередко можно выявить усиленную перистальтику приводящего отдела ущемленной кишки.

При осмотре живота иногда удается отметить шум плеска, симптомы кишечной непроходимости. Наличие последней в случае ущемления грыжи может быть также установлено при обзорной рентгеноскопии брюшной полости, при которой обычно хорошо заметны уровни жидкости в петлях кишечника со скоплением газа над ними (чаши Клойбера).

Прежде всего необходимо дифференцировать ущемленную грыжу от невправимой. Последняя, как правило, не напряжена, мало болезненна, хорошо передает кашлевой толчок. Кроме того, полностью невправимые грыжи встречаются редко, обычно часть грыжевого содержимого все же удается вправить. Особые трудности в дифференциальном диагнозе могут возникнуть в случае многокамерной грыжи, когда ущемление происходит в одной из камер. Тем не менее и в этом случае наблюдаются обязательные признаки ущемления: боль, напряжение и отсутствие передачи кашлевого толчка.

Проводя дифференциальную диагностику, рекомендуется изпользовать

следующие общие положения:

) у каждого больного с жалобами на острые боли в животе нужно тщательно обследовать возможные места выхождения грыж (паховые и пупучное кольцо, бедренный канал, послеоперационные рубцы);

) при подозрении на ущемление паховой и бедренной грыж необходимо внимательно обследовать состояние вен нижних конечностей, половые органы и прямую кишку, чтобы исключить расширение вен, регионарный лимфаденит и метастазы новообразований;

) при малейших сомнениях в дифференциации ущемленной грыжи от невправимой следует считать её ущемленной и срочно направить больного в хирургическое отделение.

Из дополнительных методов исследования применяют диафаноскопию, рентгенографию брюшной полости, местную и общую термометрию.

## Принципы лечения

Неотложная доврачебная помощь заключается в срочной госпитализации в хирургическое отделение:

 Создать больному полный покой, физический и психический. Уложить с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

 На живот можно положить холод для уменьшения болей.

 Запретить больному пить, принимать лекарства.

 Не вводить обезболивающие препараты для стирания клинической картины заболевания.

Ущемленная грыжа является показанием для экстренной операции. Однако у детей младшего возраста в связи с возрастными особенностями (эластичность тканей, лучшее кровоснабжение) и меньшим риском планового оперативного вмешательства тактика несколько меняется.

У ослабленных мальчиков первых 3 лет жизни, особенно с сопутствующими острыми заболеваниями, в сроки до 12 часов после ущемления в условиях хирургического отделения целесообразно консервативное лечение. Последнее направлено на самостоятельное вправление грыжи без прикосновения рук хирурга. Ребенку вводят 0,1% раствор атропина сульфата и 1% раствор промедола по 0,1 мл на год жизни, помещают его в теплую ванну на 15 минут, затем укладывают в постель с приподнятым ножным концом кровати. После ванны и обезболитвающих средств ребенок засыпает и грыжа самостоятельно вправляется.

У взрослых в исключительных случаях (на фоне инфаркта миокарда или инсульта) допускается активное пособие к вправлению ущемленной грыжи в первые 4-6 часов с момента ущемления. Консервативные мероприятия при этом включают антиспастическую терапию, местное применение холода на область грыжи (пузырь со льдом, орошение хлорэтилом).

После вправления ущемленной грыжи все больные, даже при отсутствии острых явлений со стороны брюшной полости, подлежат госпитализации в хирургическое отделение и активному наблюдению. При малейших признаках острых явлений (симптомы раздражения брюшины, лейкоцитоз, тахикардия) показана экстренная лапаротомия.

Операция при ущемленной грыже у детей абсолютно показана в следующих случаях: у девочек вследствие опасности быстрого некроза ущемленных придатков матки, при невозможности уточнения сроков ущемления или обращения позднее 12 часов после заболевания, при явлениях воспаления ущемленной грыжи.

Объем оперативного вмешательства.

Операцию предпринимают для освобождения ущемленного органа, выяснения его жизнеспособности и закрытия грыжевых ворот. В отличие от свободной грыжи при ущемленной сначала вскрывают грыжевой мешок, осматривают ущемленный орган и лишь, затем рассекают ущемленное кольцо.

При нормальной окраске ущемленной кишки, наличии перистальтики и пульсации сосудов брыжейки операцию заканчивают пластикой грыжевого канала (см. приложение№2). При некрозе или сомнениях в жизнеспособности ущемленной кишки производят её резекцию.

Кроме измененного сегмента кишки, удаляют 30-40 см макроскопически неизмененного приводящего участка петли и 15-20 см отводящего.

## Профилактика

Профилактика грыж должна быть направлена на устранение причин их образования. А. П. Крымов отмечает две группы таких причин:

. Повышающие внутрибрюшное давление:

) расстройство акта дефекации (запоры, поносы);

) кашель;

) крик;

) затрудненное мочеиспускание (стриктуры мочевого канала, аденома предстательной железы, фимоз);

) игра на духовых инструментах;

) тугое затягивание живота;

) тяжелые роды;

) рвота;

) тяжелая физическая работа (поднятие тяжестей, переноска грузов, работа в полусогнутом или другом неудобном положении и пр.).

. Ослабляющие брюшную стенку:

) беременность, растягивающая и истончающая брюшную стенку, особенно повторная;

) болезни, вызывающие похудение и ослабление мускулатуры тела;

) всевозможные травмы брюшной стенки.

Профилактическим средством, предупреждающим образование грыж, служит лечебная физкультура. Спортивные упражнения, проводимые под наблюдением врача, укрепляют мышцы передней брюшной стенки.

Для предупреждения грыж в детском возрасте большое значение имеет правильный уход за ребенком. Следует избегать моментов, которые повышают внутрибрюшное давление: тугое пеленание грудных детей.

## Реабилитация

Задачи реабилитации:

· Уменьшение воспаления тканей и корешков нервов;

· Уменьшение отёка и болевого синдрома после оперативного лечения грыж;

· Ускорение заживления послеоперационной раны и восстановления повреждённых тканей; Улучшение кровоснабжения и обмена веществ в тканях, пострадавших из-за грыжи и операции;

· Предотвращение отторжения имплантата (в случае его использования при операции), улучшение прорастания его грануляционной тканью;

· Восстановление после удаления грыжи должно также включать нормализацию функции внутреннего органа, стенка которого была содержимым грыжи.

## Роль аппаратов квантовой терапии в восстановлении после грыжи:

Включение в комплекс реабилитации квантовой терапии позволяет улучшать восстановление тканей после операции, в том числе и содержимого грыжи, которое испытывает недостаток кровоснабжения.

Противоотёчное, противовоспалительное действие электромагнитного поля помогает быстрее избавиться от болевых ощущений после операции.

Под влиянием аппаратов Маркова происходит восстановление тканей в полном объёме, что предотвращает развитие слабости связок и апоневрозов в месте операции и снижает риск повторного появления грыжи.

Квантовая терапия не только стимулирует регенерацию, но и подавляет воспаление и улучшать состояние нервных волокон.

Электромагнитное излучение аппаратов соответствует колебаниям здоровых клеток и настраивает их на эту частоту, что помогает нормализовать функции органов, находившихся в грыжевом мешке.

Поэтому квантовая терапия отвечает практически всем задачам реабилитации и помогает достичь наилучшего результата, добиться полноценного восстановления тканей и снизить риск рецидива грыжи.

Физиотерапия

Большое значение в послеоперационном периоде имеет физиотерапия. В первые три дня после операции для снижения болевых ощущении и предотвращения развития отека и гематомы, назначают местную гипотермию на 20-30 мин. с перерывом на 1-2 часа, 5-6 процедур. Для активизации минерального обмена, повышение иммунобиологических процессов при нормальном течении послеоперационного периода уже через 7-10 дней, после перенесенной операции, показано общее УФ-облучение по ускоренной схеме в сочетании с электрофорезом.

Основные физиотерапевтические меры.

Синусоидные модулированные токи

Лечение синусоидальными модулированными токами - усилят отток продуктов обмена из патологического очага, уменьшается отечность - одна из причин вызывающих боль. Прекращение боли способствует уменьшению спазма кровеносных сосудов, они расширяются, улучшается питание тканей.

Способность токов оказывать двигательное возбуждение позволяет применять их для электростимуляции поперечно-полосатых мышц, в том числе для стимуляции дыхания, функции желудочно-кишечного тракта, перистальтики мочеточников. В связи с отсутствием раздражения и неприятных ощущений этот метод широко применяется у детей.

Противопоказания: злокачественные новообразования, активный туберкулез, тромбофлебит в области воздействия, нарушение функции свертывающей системы крови, свежие кровоизлияния в полости и ткани, разрывы мышц и связок, переломы костей с нефиксированными костными отломками.

Импульсное электрическое поле УВЧ

Усиливает тормозной процес в центральной нервной системе, уменьшение сосудистой проницаемости, повышение тканевого дыхания и обмена веществ и снижения артериального давления предложено воздействие электрическим полем УВЧ в импульсном режиме.

## 1.2 Структура сестринского процесса

Существующая до настоящего времени концепция оказания сестринской помощи, основанная на том, что сестринская деятельность не является самостоятельной, а только дополняет врачебную, не позволяет в полной мере оценить важность современных подходов в организации работы медицинской сестры.

Без изменения статуса медицинской сестры, расширения сферы ее профессиональной деятельности и рационального перераспределения обязанностей между врачебным и сестринским персоналом лечебно-профилактических учреждений невозможно в полной мере удовлетворить потребности пациента в получении качественной медицинской помощи.

Сестринское дело является важной составной частью системы здравоохранения, в которой профессионализм врача, эффективность использования сложного современного лечебно-диагностического оборудования и внедрение новых методов лечения невозможны без высококвалифицированного сестринского ухода, в котором роль медицинской сестры нельзя в полной мере рассматривать как вспомогательную.

## Определение понятий СП

Понятие о сестринском процессе.

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс - это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

С.И. Двойников, Л.А. Карасёва (в 1998г.) указывают, что сестринский процесс - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам, который:

определяет конкретные потребности пациента в уходе;

выделяет из ряда существующих потребностей приоритеты по уходу и ожидаемые результаты ухода, кроме этого прогнозирует его последствия;

определяет план действий, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента;

оценивает эффективность сестринского вмешательства;

гарантирует качество оказание помощи, которое можно проконтролировать.

## Этапы СП

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод - это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод - это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом - документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы - это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные - те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский - основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

Американская ассоциация медицинских сестер, например, в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие:

· ограниченность самообслуживания,

· нарушение нормальной жизнедеятельности организма,

· психологические и коммуникативные нарушения,

· проблемы, связанные с жизненными циклами.

В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как "дефицит гигиенических навыков и санитарных условий", "снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций", "беспокойство" и т. п.

. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого).

Например, "цель - пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати".

Действие - вставать с кровати, критерий 5 января, условие - помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов. Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением. Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами. При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства медицинской сестры.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

Оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства.

Оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода служат следующие факторы:

 оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства;

 оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;

 оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

# 2. Практическая часть

## .1 Изучение организационно-психологических условий рабочего места медсестры хирургического отделения ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ"

## Структура и функции ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ"

ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ" является, крупнейшим лечебно-профилактическим учреждением на севере Нижегородской области.

Имеет лицензию и оказывает специализированную медицинскую помощь по :

· терапии,

· кардиологии,

· хирургии,

· акушерству и гинекологии,

· анестезиологии и реаниматологии,

· педиатрии,

· инфекционным болезням,

· неврологии, отоларингологии,

· травматологии и ортопедии,

· урологии,

· терапевтической-хирургической и ортопедической стоматологии, психиатрии и наркологии,

· эндокринологии,

· дерматовенерологии,

· офтальмологии,

· фтизиатрии,

· клинической лаборатории и ультразвуковой диагностики, рентгенологии,

· трансфузиологии.

Это стационар на 267 коек, поликлиника на 500 посещений в смену.

В ЦРБ создана и работает сильная лабораторно-диагностическая служба, которая представлена клинической и биохимической лабораторией, межрайонной лабораторией диагностики ВИЧ-инфекции, УЗИ-кабинет, кабинет функциональной диагностики (ЭКГ, ФВД, Велоэргометрия), рентгенслужба (3 рентгенкабинета, 2 кабинета флюорографии, кабинет маммографии), кабинет ФГДС, межрайонный посевной пункт.

При поликлинике функционирует отделение реабилитации и восстановительной терапии. Отделение скорой медицинской помощи на 2 бригады.

Наименование ЛПУ - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Шахунская центральная районная больница"

Юридический адрес: 606910, Нижегородская область, г. Шахунья, ул. Революционная д. 34 А

Фактический адрес: 606910, Нижегородская область, г. Шахунья, ул. Революционная д. 34 А

Адрес сайта: http://shahcrb.wix.com/hospital

Телефон главного врача: (883152) 2-62-18

Телефон приемной: (883152) 2-42-52

Главный врач - Золотов С.Н.

Зам. Главного врача - Самоделкин В.А.

Главная м/с - Смирнова Л.А

Учреждение в своей деятельности руководствуется действующим законодательством, приказами и распоряжениями МЗ РФ, Министерства здравоохранения Нижегородской области, нормативными документами фонда обязательного медицинского страхования и собственным Уставом больницы.

Лечение, диагностика, профилактика и другая медицинская и медикосоциальная помощь осуществляется в соответствии с утвержденными в установленном порядке инструкциями и методиками. Право на осуществление этих видов деятельности удовлетворяется выданной в установленном порядке лицензией.

За искажение государственной отчетности должностные лица учреждения несут установленную законодательством Российской Федерации дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

Оснащение медицинской аппаратурой, инструментарием, твердым инвентарем и хозяйственным имуществом производится в соответствии с установленными нормативами и в установленном порядке.

Трудовой коллектив учреждения составляют все работники, участвующие своим трудом и деятельностью последнего на основе трудового договора. Отношения работника и лечебного учреждения, возникшие на основе трудового договора, регулируются трудовым законодательством РФ.

Больница оказывает:

бесплатную медицинскую помощь, по программе обязательного медицинского страхования

платные медицинские услуги

услуги по договорам с корпоративными клиентами

В структуре ЦРБ иметься профиль специализированных отделений:

 Акушерское отделение

 Гинекологическое отделение

 Педиатрическое отделение

 Инфекционное отделение

 Неврологическое отделение

 Отделение анестезиологии и реаниматологии

 Терапевтическое отделение

 Поликлиника

 Детская консультация

 Хирургическое отделение

Хирургическое отделение на 32 койки круглосуточного стационара - это койки чистые хирургические - 17, гнойные хирургические - 8, ЛОР взрослые - 3, ЛОР дети - 2, 2 онкологические с химиотерапией, 12 коек дневного стационара: чистые хирургические - 5, гнойные хирургические - 2, ЛОР- 4 койки, онкологии -1.

Руководит работой хирургического отделения хирург высшей категории Голубев С.Н. Оказывается экстренная и плановая хирургическая помощь, на онкологических койках с химиотерапией оказывается плановая госпитализация по рекомендациям областного онкологического диспансера. На ЛОР койках оказывается экстренная и плановая специализированная помощь по оториноларингологии врачом высшей квалификационной категории Золотовым С.Н., ЛОР врачом Нечаевым И.В.

Отделение оборудовано эндоскопической стойкой, микроскопом. Имеется оборудование для ультразвуковой, лазерной терапии. Проводятся операции при заболевании носа и околоносовых пазух (функциональная ринохирургия), на миндалинах и аденоидах.

## Должностная инструкция медицинской сестры хирургического отделения.

Общие сведения

· На должность палатной медицинской сестры назначается лицо со средним медицинским образованием

· Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством

· Непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения

· В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

Должностные обязанности палатной медицинской сестры.

. Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача, а в случае невыполнения назначений, независимо от причины , немедленно докладывает об этом лечащему врачу.

. Организует своевременное обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей -консультантов в лаборатории.

. Оказывает неотложную доврачебную помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях, различных видах катастроф с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

. Немедленно сообщает лечащему врачу ,а в его отсутствие заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больно

. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах

.Докладывает о состоянии больных, записывает назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением назначений.

.Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывает, кормит, дает питье, промывает по мере необходимости глаза, рот, уши и т. Д.)

. Принимает и размещает в палатах больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

. Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

. изолирует больных в агональном состоянии, присутствует при смерти, вызывает врача для констатации смерти, подготавливает трупы умерших для передачи их в морг.

. Сдает дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство , осматривает закрепленные за нею помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования, инструментария ,медикаментов. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

.Контроллирует выполнение больными и их родственниками режима дня отделения. О случаях нарушения режима медицинская сестра докладывает старшей медицинской сестре.

. Руководит работой младшего медицинского персонала и контролирует выполнение ими внутреннего трудового распорядка.

. Один раз в неделю проводит взвешивание больных. Отмечает вес больного в истории болезни.

Всем поступившим больным измеряет температуру тела 2 раза в день, записывает показатели в температурный лист.

. При обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания немедленно сообщает об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолирует больного и немедленно производит текущую дезинфекцию.

. По назначению врача осуществляет счет пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты, и т.д. , записывает эти данные в историю болезни.

. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных (уход за кожей, ртом, стрижкой волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья, записывает смену белья в историю болезни.

. Заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода.

. В случае изменений в состоянии больного, требующих срочных мер, ставит об этом в известность врача отделения, а в его отсутствие врачей немедленно вызывает дежурного врача, оказывает экстренную доврачебную помощь.

. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диеты.

. Следит. чтобы выданное больным лекарство было принято в ее присутствии.

. Повышает свою профессиональную квалификацию путем посещения научно-практических конференций для среднего медицинского персонала и участия в конкурсе на звание "Лучшая по профессии".

. Ведет необходимую учетную документацию.

. В отсутствие сестры-хозяйки совместно с санитаркой отвечает за сохранность полученного белья для больных.

. В отсутствие старшей медицинской сестры сопровождает во время обхода врачей отделения, дежурного врача, представителей администрации. Заносит в дневник отделения все сделанные замечания и распоряжения.

Права медицинской сестры

Палатная медицинская сестра имеет право:

. В отсутствие врача оказывает экстренную доврачебную помощь больным отделения.

. Повышать свою профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке.

. Отдавать распоряжения санитарке и контролировать их выполнение.

. Получать информацию необходимую для выполнения своих обязанностей.

Ответственность медицинской сестры

Палатная медицинская сестра несет ответственность за нечеткое или не своевременное выполнение обязанностей предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

Должностная инструкция медсестры процедурного кабинета

хирургического отделения.

На должность медицинской сестры процедурного кабинета назначается лицо со средним медицинским образованием.

Назначается и увольняется главным врачом больницы в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется заведующему отделения и старшей медицинской сестре.

В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц и настоящей инструкцией.

Обязанности

. Выполняет назначения врачом процедуры , разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.

. Помогает при проведении манипуляций , выполнять которые имеет право только врач.

. Производит отбор крови из вены для биохимического исследования и отправляет ее в лабораторию.

. Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств групп А Б в специальных лекарственных шкафах.

. Обеспечивает в кабинете строгое соблюдение всех правил асептики и антисептики при проведении процедур.

. Стерилизует инструментарий и материал в соответствии с действующими инструкциями.

. Своевременно составляет требования на инструментарий , оборудование, медикаменты и перевязочный материал и получает необходимое в установленном порядке.

. Ведет по установленной форме необходимую учетную документацию кабинета: журналы учета анализов, а также наркотических, ядовитых средств и препаратов, подлежащих количественному учету.

. Обеспечивает содержание процедурного кабинета в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами.

. Систематически повышает профессиональную квалификацию путем участия в конференциях, для среднего медицинского персонала организуемых в больнице и отделении.

Права

Медицинская сестра процедурного кабинета имеет право:

) В отсутствие врача оказывать экстренную доврачебную помощь пациентам в отделении;

) Повышать профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке;

) Требовать от персонала отделения соблюдения правил асептики и антисептики при работе в процедурном кабинете;

) Получать информацию, необходимую ей для выполнения своих обязанностей.

Ответственность

Несёт ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

Должностная инструкция операционной медсестры.

На должность операционной медицинской сестры назначается лицо со средним образованием, прошедшее специальную подготовку по работе в операционно-перевязочном блоке.

Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению главной медицинской сестры в соответствии с действующим законодательством.

Непосредственно подчиняется старшей операционной медицинской сестре, в процессе подготовки и во время проведения операции - врачу-хирургу и его ассистентам, в период дежурства - дежурному врачу отделения.

В своей работе руководствуется правилами и инструкциями по выполняемому разделу работы, распоряжениями и указаниями вышестоящих должностных лиц, настоящей инструкцией.

Должностные обязанности

Операционная сестра выполняет следующие должностные обязанности:

Готовит операционную и участников к проведению операции.

Следит за своевременной доставкой больного в операционную, правильной его укладкой на операционном столе и транспортировкой из операционной.

Оказывает помощь участникам операции при ее проведении. обеспечивая участников необходимыми инструментами, материалами, аппаратурой.

Следит в ходе операции за своевременным возвращением инструментов и перевязочного материала.

Следит за соблюдением правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной.

По окончании операции собирает инструменты, пересчитывает их; производит соответствующую обработку инструментов.

Подготавливает белье, перевязочный и шовный материал, одежду, маски, инструменты и аппараты к стерилизации; контролирует качество стерилизации.

Следит за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование материала, взятого во время операции от больного.

Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.

Принимает и сдает дежурство по операционному блоку, проверяет наличие стерильного белья, материалов, растворов, инструментария и т.д., необходимых для дежурства, исправность аппаратуры, санитарное состояние операционной. После окончания дежурства ведет подсчет израсходованного операционного белья и материалов и оставшегося для следующей смены.

Права

Операционная медицинская сестра имеет право:

Отдавать распоряжения санитарке операционного блока во время проведения операции.

Проверять объем и качество выполненной санитарками работы.

Контролировать соблюдение правил асептики и антисептики во время проведения операции.

Вносить предложения старшей операционной сестре и заведующему отделением по улучшению организации своего труда.

Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

Принимать участие в работе совещаний, проводимых в отделении, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к ее компетенции.

Повышать профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования или на рабочем месте в установленном порядке.

Ответственность

Операционная сестра несет ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка больницы.

## Нормативно-правовая база деятельности медицинской сестры хирургического отделения.

Шахунская ЦРБ в своей профессиональной деятельности руководствуются следующими приказами и законами:

. Конституция РФ

. Федеральный закон от 21.11.2011г.№323-ФЗ "Об основах здоровья граждан РФ"

. Приказ № 288 МЗ СССР от 23.03.1976г. "Об утверждении инструкций о санитарно-противоэпидемическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы государственного надзора за санитарным состоянием ЛПУ".

. Приказ № 720 от 31.07.1978г. МЗ СССР "Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и улучшению мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями".

. Закон РФ № 52 от 30.03.1997г. "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

. ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения".

. Приказ № 342 от 26.11.1998г. МЗ РФ "Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом".

. СаН ПиН 2.1.7.728-99 от 22.01.1992г. "Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений".

. СаН ПиН 1.1.1058-01 "Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий".

. СаН ПиН 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности".

. Сан ПиН 2.1.3.2630-10 ''Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность''

. В целях предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, руководствуюсь правилами инфекционной безопасности, рекомендуемыми в приказах:

. Приказ МЗ РФ № 170 от 16.08.1994г. "О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в РФ".

. Приказ МЗ РФ № 408 от 12.07.1989г. "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране".

. Приказ МЗ РФ № 254 от 3.09.1991г. "О развитии дезинфекционного дела в стране"

. Приказ МЗ РФ № 295 от 30.10.1995г "О введении в действие правил обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ".

. Инструктивно-методическое указание МЗ РФ "Организация мероприятий по профилактике и борьбе со СПИДом РСФСР" от 22.08.1990г.

. СаН ПиН 3.1.958-00 "Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами".

. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздрав соцразвития России) от 24 декабря 2010 г. N 1182н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями"

. Приказ № 286 Минздрава РФ от 7.12.93 и приказ № 94 от 7.02.97 г. "О совершенствовании контроля за заболеваниями, передающимися половым путем".

. Приказ Минздрава РФ № 174 от 17.05.99 "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка".

. Приказ № 297 от 7.10.97 "О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством".

. Приказ МЗ СССР от 12.07.89 г. № 408 "Методика дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации предметов медицинского назначения при работе с вирусной инфекцией и меры профилактики ее распространения".

. Об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Федеральный закон от 24.07.98 № 125-ФЗ;

. Правила обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты. Приложение к постановлению Министерства труда и социального развития России от 18.12.98 № 51;

. Приказ МЗМП РФ от 14.03.96 № 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии";

. Приказ Минздрава СССР от 29.01.88 № 65 регламентирующий, что "персонал операционных блоков должен быть обеспечен санитарно-гигиенической одеждой и обувью, спецодеждой, спецобувью и другими средствами индивидуальной защиты".

. Положение о расследовании и учете несчастных случаев на производстве (Утверждено постановление правительства Российской Федерации от 11.03.99 № 279).

. Приказ №134-п от 4.11.2000г. "О назначении ответственных лиц за противопожарное состояние и пожарную безопасность в ГКБ№67"

. СаН ПиН 2.1.7.728-99 "Правила сбора, хранения и удаления отходов в ЛПУ".

## Делопроизводство в работе медицинской сестры хирургического отделения.

Документация на посту медсестры:

Журнал движения больных

Журнал регистрации пациентов

Журнал проведения генеральных уборок

Журнал ежедневного учета бактерицидной установки

Нормативная документация

Журнал контроля взятия анализов на туберкулез

Журнал учета работы по медицинской профилактики

Документация процедурного кабинета:

Журнал аварийных ситуаций процедурного кабинета.

Журнал учета аварийных ситуаций.

Журнал учета использованного аппарата "Перфузер компакт"

Журнал учета дорогостоющих лекарственных препаратов подлежащих предметно количественному учету.

Журнал учета экстренной экстренной профилактики столбняка при травмах.

Журнал учета и регистрации посетителей парентеральных вирусных Гепатитов.

Журнал учета положительных серологических реакций у больных.

Журнал утилизации и дезинфекции МИБП.

Нормативная документация процедурного кабинета.

Журнал учета взятия крови на RW, HCV, Вич, Hbs-aq.

Журнал контроля взятия крови в биохимическую лабораторию.

Проходные и расходные документы по тромадолу

Процедурный кабинет санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим охраны труда.

Журнал наведения дезинфицирующих растворов.

Журнал учета температуры в термоконтейнере.

Журнал учета влажности помещений.

Журнал учета проведения генеральных уборок.

Журнал ежедневного учета бактерицидной установки.

Журнал регистрации холодильника для МИБП.

Журнал передачи лекарственных препаратов, подлежащих предметно кол-во учету.

Журнал учета дорогостоющих лекарственных препаратов, подлежащих предметно кол-во учету

Журнал учета манипуляций.

Журнал передачи наркотических средств и психотропных веществ.

Журнал №1 регистрации операций связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Журнал учета операций связанных с обращением лекарственных средств для мед. назначения.

Журнал учета таблетированных средств.

Документация перевязочного кабинета:

Журнал учета качеств предстерилизационной обработки.

Журнал учета влажности помещений.

Журнал ежедневного учета бактерицидной установки.

Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)

Журнал учета генеральных уборок.

Журнал аварийных ситуаций.

Журнал регистрации перевязок.

Журнал учета марли.

Журнал учета бинтов.

Документация приемного покоя:

Журнал учета приема амбулаторных больных по приемному покою.

Журнал дежурного врача.

Журнал учета приема и отказа в госпитализации

по приемному покою.

Журнал экстренных вызовов врача.

Журнал учета пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях.

Журнал учета поступлений на лечение больных с криминальными травмами по приемному покою.

Журнал ПХО

Журнал учета пострадавших в результате пожаров, стихийных бедствий и происшествии на воде по приемному покою

Журнал учета экстренных профилактик столбняка при травмах.

Журнал учета прихода и расхода вакцин по приемному покою.

Журнал учета и расхода вакцин МИБП.

Журнал выдачи лекарственных средств на пост по приемному покою.

Журнал проведения предрейсового медицинского осмотра водителей

## Правила внутреннего трудового распорядка (и этический кодекс) ГБУЗ НО Шахунской ЦРБ.

Прием на работу.

Прием на работу в Учреждение производится на основании заключенного трудового договора.

При приеме на работу в Учреждение, администрация имеет право потребовать от поступающего:

· предоставления трудовой книжки, оформленной в установленном порядке, за исключением случаев, когда трудовой договор заключается впервые или работник поступает на работу на условиях совместительства;

· предъявления паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

· страхового свидетельства пенсионного страхования;

· документов воинского учета - для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу;

· документа о полученном образовании, квалификации;

· личную медицинскую книжку с результатами медосмотра.

Прием на работу без указанных документов не производится. В целях более полной оценки профессиональных и деловых качеств принимаемого на работу лица администрация Учреждения может предложить ему представить краткую письменную характеристику выполняемой ранее работы (характер освоенных практических навыков, умение пользоваться оргтехникой, работать на компьютере и т.д.).

Прием на работу оформляется приказом, который объявляется Работнику под расписку в трехдневный срок со дня подписания трудового договора. Работодатель обязан выдать на руки работнику надлежаще заверенную копию такого приказа.

Фактическое допущение к работе считается заключением трудового договора независимо от того, был ли прием на работу надлежащим образом оформлен. Учреждение в этом случае обязано оформить с ним трудовой договор в письменной форме не позднее трех дней со дня фактического допущения Работника к работе.

При заключении трудового договора впервые, трудовая книжка и страховое свидетельство государственного пенсионного страхования оформляются Работодателем.

При поступлении Работника на работу или переводе его в установленном порядке на другую работу администрация обязана:

· ознакомить работника с порученной работой, условиями и оплатой труда, разъяснить работнику его права и обязанности;

· ознакомить с настоящими правилами внутреннего трудового распорядка, коллективным договором, функциональными обязанностями работника и иными локальными нормативными актами, имеющими отношение к трудовой функции Работника;

· провести инструктаж по технике безопасности, производственной санитарии и другим правилам охраны труда;

· предупредить об обязанности по сохранению сведений, составляющих врачебную или служебную тайну Учреждения, и об ответственности за ее разглашение или передачу другим лицам.

Прекращение трудового договора может иметь место только по основаниям, предусмотренным трудовым законодательством, а именно:

) соглашение сторон (статья 78 ТК РФ);

) истечение срока трудового договора (пункт 2 статьи 58 ТК РФ), за исключением случаев, когда трудовые отношения фактически продолжаются и ни одна из сторон не потребовала их прекращения;

) расторжение трудового договора по инициативе Работника (статья 80 ТК РФ);

) расторжение трудового договора по инициативе Работодателя (статья 81 ТК РФ);

) перевод Работника по его просьбе или с его согласия на работу к другому работодателю или переход на выборную работу (должность);

) отказ Работника от продолжения работы в связи со сменой собственника имущества Учреждения, изменением подведомственности (подчиненности) Учреждения либо ее реорганизацией (статья 75 ТК РФ);

) отказ Работника от продолжения работы в связи с изменением существенных условий трудового договора (статья 73 ТК РФ);

) отказ Работника от перевода на другую работу вследствие состояния здоровья в соответствии с медицинским заключением (часть вторая статьи 72 ТК РФ); медсестра хирургический ущемление грыжа

) обстоятельства, не зависящие от воли сторон (статья 83 ТК РФ);

) нарушение установленных Трудовым кодексом РФ или иным федеральным законом правил заключения трудового договора, если это нарушение исключает возможность продолжения работы (статья 84 ТК РФ).

Трудовой договор может быть прекращен и по другим основаниям, предусмотренным Трудовым кодексом РФ.

Во всех случаях днем увольнения Работника является последний день его работы.

Работник имеет право расторгнуть трудовой договор, предупредив об этом администрацию за две недели. По истечении указанного срока предупреждения об увольнении Работник вправе прекратить работу, а администрация в последний день обязана выдать ему трудовую книжку и произвести с ним расчет. По договоренности между Работником и администрацией трудовой договор может быть расторгнут и до истечения двухнедельного срока.

Руководитель организации имеет право досрочно расторгнуть трудовой договор, предупредив об этом работодателя (собственника имущества организации, его представителя) в письменной форме не позднее, чем за один месяц.

Срочный трудовой договор расторгается с истечением срока его действия, о чем Работник должен быть предупрежден в письменной форме не менее чем за 3 дня до его увольнения. Трудовой договор, заключенный на время выполнения определенной работы, расторгается по завершении этой работы.

Договор, заключенный на время исполнения обязанностей отсутствующего Работника, расторгается с выходом этого работника на работу.

Прекращение трудового договора оформляется приказом по Учреждению. Записи о причинах увольнения в трудовую книжку должны производиться в точном соответствии с формулировкой действующего законодательства и со ссылкой на соответствующую статью, часть статьи, пункт Трудового кодекса РФ или иного закона. Во всех случаях днем увольнения Работника является последний день его работы, за исключением случаев, когда Работник фактически не работал, но за ним в соответствии Трудовым кодексом Российской Федерации или иным федеральным законом сохранялось место работы (должность).

Основные обязанности работников.

· Добросовестно выполнять трудовые обязанности, указанные в трудовых договорах и должностной инструкции, соблюдать трудовую дисциплину, охранительный режим, своевременно и точно исполнять распоряжения администрации и непосредственного руководителя, использовать все рабочее время для производительного труда;

· качественно и в срок выполнять служебные задания и поручения, работать над повышением своего профессионального уровня;

· поддерживать чистоту и порядок на своем рабочем месте, в служебных и других помещениях, соблюдать установленный порядок хранения документов и материальных ценностей;

· эффективно использовать персональные компьютеры, оргтехнику и другое оборудование, экономно и рационально расходовать материалы и энергию, другие материальные ресурсы;

· соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда, производственной санитарии, правила противопожарной безопасности;

· не использовать для выступлений и публикаций в средствах массовой информации сведений, полученных в силу служебного положения, определенных как врачебная тайна, распространение которой может нанести вред учреждению и его Работникам или пациентам;

· соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, проявлять вежливость в отношениях с коллегами, пациентами и их родственниками.

Круг обязанностей, которые выполняет каждый работник по своей специальности, квалификации, должности, определяется трудовым договором и должностной инструкцией.

Работникам запрещается:

· без согласования с администрацией покидать своё рабочее место в рабочее время;

· курить на рабочем месте, в помещении больницы (разрешается курить в специально отведённом месте для курения);

· производить замену смен без согласования с администрацией.

· Работник имеет право на: предоставление работы, обусловленной трудовым договором;

· своевременную и в полном объеме выплату заработной платы в соответствии со своей квалификацией, вредными условиями труда, количеством и качеством выполненной работы (премиальные денежные выплаты и надбавки производятся Администрацией при выполнении Работниками условий и критериев, определенных в Положении о премировании и материальном стимулиро вании);

· отдых, обеспечиваемый установлением нормальной продолжительности рабочего времени, сокращенного рабочего времени для отдельных категорий работников, предоставлением еженедельных выходных дней, нерабочих праздничных дней, оплачиваемых ежегодных отпусков.

Работник также имеет другие права, предусмотренные Трудовым кодексом РФ.

Основные обязанности учреждения.

Учреждение обязано:

соблюдать законодательство о труде;

· предоставлять Работнику работу, обусловленную трудовым договором;

· правильно организовывать труд работников на закрепленных за ними рабочих местах, обеспечивая необходимыми принадлежностями и оргтехникой, создавая здоровые и безопасные условия труда, соответствующие правилам по охране труда (технике безопасности, санитарным нормам, противопожарным правилам);

· соблюдать оговоренные в трудовом договоре условия оплаты труда, выплачивать заработную плату в установленные сроки;

· исполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ о труде.

Учреждение имеет право:

· заключать, изменять и расторгать трудовые договоры с Работником в порядке и на условиях, которые установлены Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами;

· поощрять Работника за добросовестный эффективный труд;

· требовать от Работника исполнения им трудовых обязанностей и бережного отношения к имуществу Работодателя и других работников, соблюдения настоящих Правил трудового распорядка Учреждения;

· привлекать Работника к дисциплинарной и материальной ответственности в порядке, установленном настоящими Правилами, Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами;

· способствовать Работнику в повышении им своей квалификации, совершенствовании профессиональных навыков;

· вносить изменения в настоящие Правила после согласования с представительным органом Работников.

Учреждение имеет другие права, предусмотренные законодательством РФ о труде.

Учреждение при осуществлении своих обязанностей должно стремиться к созданию высокопрофессионального работоспособного коллектива, развитию корпоративных отношений среди работников, их заинтересованности в развитии и укреплении деятельности Учреждения.

Рабочее время и время отдыха.

Работникам устанавливается пятидневная 40-часовая рабочая неделя с двумя выходными днями , за исключением работников, для которых действующим законодательством и настоящим Коллективным договором установлена сокращенная продолжительность рабочего времени.

В соответствии с действующим законодательством, для работников Ветлужская ЦРБ устанавливается следующая продолжительность рабочего дня:

для мужчин (медицинских работников) пятидневная 40 часовая рабочая неделя с двумя выходными днями (суббота и воскресенье) за исключением работников, профессии или занимаемые должности которых, согласно действующим нормативным актам, дают им право на сокращение рабочего времени;

для женщин 40-часовая пятидневная рабочая неделя с двумя выходными днями (суббота и воскресенье) за исключением работников, профессии или занимаемые должности которых согласно действующим нормативным актам, дают им право на сокращение рабочего времени;

суммированный учет рабочего времени (с учетным периодом 1 год) когда по условиям производства (работы) в организации в целом или при выполнении отдельных видов работ не может быть соблюдена установленная для данной категории работников еженедельная или ежедневная продолжительность рабочего времени в соответствии с требованиями статей 91,103,104,135 ТК РФ.

Допускается использование гибкого режима рабочего времени с целью наиболее целесообразной организации производства и труда, повышению его дисциплины и эффективности и обеспечения наилучшего сочетания социальных и личных интересов работников с интересами производства, улучшения социально-психологической обстановки в коллективе. ГРВ для отдельных работников, групп работников, отдельных подразделений вводится приказом руководителя с учетом мнения профсоюзного комитета и указанием конкретных параметров режима и срока его действия.

## Организация и условия труда на рабочем месте по данным аттестации рабочего места.

Статья 212 ТК РФ предусматривает обязательное проведение работодателем аттестации рабочих мест по условиям труда. Проведение аттестации дает возможность решить проблемы установления льгот и компенсаций для работника, определить приоритеты деятельности в области обеспечения безопасных и здоровых условий труда, а главное - создает условия для деятельности по профилактике производственного травматизма и профессиональной заболеваемости.

Порядок проведения аттестации рабочих мест утвержден Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.04.2011 г. N 342н "Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда" (далее - Порядок).

Порядок устанавливает требования к проведению аттестации рабочих мест по условиям труда, оформлению и использованию результатов аттестации. Аттестация проводится в целях оценки условий труда на рабочих местах и выявления вредных и (или) опасных производственных факторов. Аттестации подлежат все рабочие места работодателя.

Аттестационная комиссия, созданная работодателем, вправе принять мотивированное решение о непроведении измерений и оценок факторов рабочей среды и трудового процесса, если осуществление указанных измерений и оценок угрожает безопасности работников при выполнении ими основной работы или специалистов аттестующей организации, выполняющих измерения и оценки. Указанное мотивированное решение оформляется в письменном виде, подписывается членами аттестационной комиссии и прилагается к материалам аттестации.

В случае принятия решения о непроведении измерений и оценок условия труда на данных рабочих местах относятся к опасным условиям труда. Обязанности по обеспечению проведения аттестации возлагаются на работодателя.

Аттестацию проводят совместно работодатель и аттестующая организация, привлекаемая работодателем для выполнения работ по аттестации, на основании договора гражданско-правового характера.

Аттестующая организация - это юридическое лицо, аккредитованное в установленном порядке в качестве организации, оказывающей услуги по аттестации и выполняющей на основании договора гражданско-правового характера с работодателем измерения и оценки, а также оценку соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда и подготовку отчета об аттестации.

Аттестующая организация должна быть независимым лицом по отношению к работодателю, на рабочих местах которого данной аттестующей организацией проводится аттестация.

Работодатель вправе привлечь для выполнения работ по аттестации несколько аттестующих организаций. При этом между аттестующими организациями работа по аттестации может быть распределена как по количеству рабочих мест, подлежащих аттестации, так и по видам работ, выполняемых на данных рабочих местах.

Сроки проведения аттестации устанавливаются работодателем исходя из того, что каждое рабочее место должно аттестовываться не реже одного раза в пять лет. Указанный срок отсчитывается от даты завершения проведения предыдущей аттестации.

За дату начала проведения очередной аттестации принимается дата издания приказа работодателя об утверждении состава аттестационной комиссии и графика аттестации.

Аттестация вновь организованных рабочих мест должна быть начата не позднее чем через 60 рабочих дней после ввода их в эксплуатацию.

Аттестационная комиссия рассматривает отчет об аттестации в течение десяти календарных дней с даты его поступления, подписывает протокол заседания аттестационной комиссии по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда (итоговый) и передает его вместе с отчетом об аттестации работодателю (его представителю).

Работодатель в течение десяти рабочих дней с даты поступления указанного протокола и отчета об аттестации подписывает приказ о завершении аттестации и утверждении отчета об аттестации, а также знакомит работника под роспись с результатами аттестации его рабочего места.

После проведения аттестации работодатель в течение 10 календарных дней с даты издания приказа о завершении аттестации и утверждении отчета об аттестации на бумажном и электронном носителях направляет сводную ведомость результатов аттестации рабочих мест по условиям труда, а также сведения об аттестующей организации в государственную инспекцию труда в субъекте Российской Федерации.

Отчеты об аттестации хранятся у работодателя в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Место и порядок хранения отчетов определяет работодатель.

## 2.2 Сестринское обследование пациента с заболеванием ущемление грыжи и оформление карты сестринского ухода

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

"НИЖЕГОРОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ БАЗОВЫЙ КОЛЛЕДЖ"

КАРТА СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Преддипломная практика

МДК 02.02 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях пациентов хирургического профиля.

Выполнил студент(ка) В31-4СД группы

ФИО Капленко Мария Сергеевна

База практики ГБУЗ НO Шахунская ЦРБ

с "17" 04 2015 г. по "14" 05 2015 г.

Методический руководитель ПП Рябкова Наталия Юрьевна.

Оценка за ведение учебной истории болезни…………….

Ветлуга 2015 г.

Ф.И.О. Николай Павлович

Дата рождения 28.06.1989

Пол Мужской

Домашний адрес г. Шахунья

Семейное положение не женат

Имена и адреса родственников Павел Алексеевич, Анастасия Сергеевна.

Род занятий Торговый представитель ООО "Компания Поставка"

Дата поступления 18. 04.15

Кем направлен Голубев С.Н

Диагноз направившего учреждения Ущемлённая левосторонняя косая паховая грыжа

Проведённая операция (название, дата) Грыжесечение, протезирующая герниопластика полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну.

Возможность общения с пациентом ( подчеркнуть ):

речь (сохранена, нарушена, отсутствует)

слух (сохранен, нарушен, отсутствует)

зрение (сохранено, нарушено, отсутствует)

Источник информации ( подчеркнуть )

сам пациент

родственники

соседи

сослуживцы

мед.персонал

мед.документы

***1.*** Субъективное обследование.

Жалобы пациента:

|  |  |
| --- | --- |
| На начало курации | На конец курации |
| Число 18.04.15 Основные: ,Боли в области грыжи, увеличение, её невправимость, резкое напряжение, и болезненность грыжевого выпячивания. Дополнительные общая слабость, тошнота. | Число 2.05.15 Основные жалоб нет. Дополнительные нет |

Анамнез заболевания:

Когда заболел 2 месяца назад

Как развивалось заболевание Появилось опухолевидное выпячивание, боли в левой паховой области после физической нагрузки

Куда обращался за помощью К врачам не обращался.

Какая была оказана помощь скорая помощь, которая доставила больного в стационар\_\_\_\_\_

Результат проводимого лечения: улучшение общего состояния пациента

С чем связывает ухудшение самочувствия в настоящее время.

Анамнез жизни:

Профессиональный анамнез отрицает

Условия, в которых вырос и развивался Благоприятные .

Условия жизни родился в благополучной семье, вторым ребенком по счету. Рост и развитие соответственно возрасту. В детстве перенес простудные заболевания.

Перенесенные заболевания Частые простудные заболевания.

Наследственность Не отягощён.

Образ жизни (физические упражнения, питание, привычки в плане отдыха )\_

Курит по 1 пачке в день. Сахарный диабет, гепатит, СПИД отрицает, травм не было.

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции отрицает.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лекарственные в-ва | Продукты питания | Бытовые, хим. в-ва |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Эпидемиологический анамнез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гемотрансфузионный анамнез не было.

Вредные привычки Курит.

.Объективное обследование.

Осмотр:

|  |  |
| --- | --- |
| На начало курации | На конец курации |
| Общая слабость | Общее состояние | удовлетворительное |
| Ясное | Сознание | Ясное |
| Нормальное | Настроение | Нормальное |
| Активное | Положение | Активное |
| Гиперстенический | Тип конституции | Гипертенический |
| Состояние кожи и слизистых |
| Сохранен, эластичный | Тургор | Сохранён, эластичный |
| Сухая | Влажность | Сухая |
| Бледно-розовый | Цвет | Здоровый |
| Не обнаружены | Дефекты кожи | Нет |
| Состояние питания ( подчеркнуть ) |
| Нормальное Повышенное Пониженное Истощение | Нормальное Повышенное Пониженное Истощение |
| ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА |
| Отсутствует | Наличие кашля | Нет |
|  | Характер кашля | Нет |
| 18 за 1 минуту, средней глубины, ритмичное. | ЧДД (ритм, глубина) | 19 за мин, средней глубины, ритмичное.  |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА |
| Частота 70 в 1 мин, ритмичный, умеренного напряжения, полный. | Пульс (ритм, напряжение, наполнение, частота) | 80, ритмичный, умеренного напряжения, полный. |
| Отсутствуют | Наличие отеков, Локализация | Нет |
| 120/70 мм. рт. ст. | АД | 130/85 |
| ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА |
| Язык влажный, обложен белым налетом | Состояние языка и ротовой полости | В норме |
| Задержка | Стул | оформленый |
| Живот нормальной формы, симметричный | Живот ( норма, наличие асцита, метеоризм ) | Живот нормальной формы, симметричный |
| Напряжённое болезненное выпячивание в левой паховой области | Пальпация живота (поверхностная) | В норме |
| Рвоты отсутствует  | Характер рвотных масс (при наличии рвоты) |  |

|  |
| --- |
| МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА |
| Норма Затруднено Отсутствует | Мочеиспускание (подчеркнуть) | Норма Затруднено Отсутствует |
|  Жёлтый, умеренной прозрачности . | Цвет мочи, прозрачность | Жёлтый, умеренной прозрачности |
| ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА |
| Мужской Женский | Характер оволосения (подчеркнуть) | Мужской Женский |
| ДА НЕТ | Глазные симптомы (экзофтальм) | ДА НЕТ |
| Норма Зоб | Конфигурация шеи (подчеркнуть) | Норма Зоб |
| НЕРВНАЯ СИСТЕМА |
| Норма Изменена ( как ) | Походка (подчеркнуть) | Норма Изменена ( как ) |
| ДА НЕТ | Тремор (подчеркнуть) | ДА НЕТ |
| Лицо симметричное | Симметричность лица |  |
| КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА |
| ДА НЕТ | Дефекты костей, суставов (подчеркнуть, указать) | ДА НЕТ |
| Норма Гипотрофия Гипертрофия | Степень развития мышц (подчеркнуть) | Норма Гипотрофия Гипертрофия |

***2.*** Дополнительные методы обследования.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исследования | На начало курации | На конецкурации | Вывод |
| ОАК  | Гемоглобин 135 г/л 123 г/л Лейкоциты 9,0·109/л Эритроциты 4,2·1012/л Палочкоядерные нейтрофилы 3% Сегментоядерные нейтрофилы 72% Эозинофилы 5% Лимфоциты19% Моноциты 5% СОЭ 19 мм/ч | Гемоглобин 130-150 г/л Лейкоциты 8,0x109 Эритроциты 4,5x1012 Палочкоядерные нейтрофилы 6% Сегментоядерные нейтрофилы 72% Эозинофилы 1% Лимфоциты 1% Моноциты 2% СОЭ 10 мм/ч | Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. |
| ОАМ  | Относительная плотность 1008 Реакция нейтральная Белок Отрицательный Эпителий: - Плоский 3-3-2 в поле зрения Лейкоциты 1 в поле зрения Соли 2-1 в поле зрения Ураты 11  | Относительная плотность 1008 Реакция нейтральная Белок Отрицательный Эпителий: - Плоский 3-3-2 в поле зрения Лейкоциты 1 в поле зрения Соли 2-1 в поле зрения Ураты 11 |  |
|   | Общий белок 70 г/л Креатинин 61 мкмоль/л Общий билирубин 10,8 мкмоль/л | Общий белок 65 г/л Креатинин 53 мкмоль/л Общий билирубин 10,8 мкмоль/л |  |
| ЭКГ (заключение) |  ритм синусовый с ЧСС 70 уд. в мин., ЭОС в нормальном положении, патологических изменений не выявлено. |  |  |
| ФГДС (заключение) |  |  |  |
| R- исследование |  |  |  |
| Др.исследования | Реакция Вассермана (RW), или ЭДС (экспресс-диагностика сифилиса) отрицательная Определение группы крови А(II) Rh+ |  |  |

Лист динамического наблюдения.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дни наблюдения/дата | 18 |  19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Диета (стол №) | 0 | 0 | 1А | 1 | 15 | 15 | 15 |
| Кормление: Самостоятельное Требует помощи Искусственное | сам | Сам | сам | сам | сам | Сам | С |
| Режим: Строгий пост. Постельный П/пост. Палатный Свободный | Ст | Пост | П/пос | Па лат  | Па лат.  | Па лат. | Па лат. |
| Сознание: Ясное (Я ) Спутанное (С) Отсутствует (О) | С | Я | Я | Я | Я | Я | Я |
| Положение: Активное Пассивное Вынужденное | В | В | А | А | А | А | А |
| Двигательная активность: Самост. Требует помощи | Т.П | С | С | С | С | С | С |
| Настроение N | Удов | У | У | У | у | Норм | Норм |
| Сон: Нормальный Нарушенный | нар | Норм | норм | норм | норм | Норм | норм |
| Аппетит: Нормальный Нарушенный |  | Норм | норм | норм | норм | Норм | норм |
| Т тела ºС | 37,6  | 37,3 |  37 | 36,8 | 36,6 | 36,4 | 36,6 |
| Дыхание: ЧДД Одышка Удушье |  17\мин  |  19\мин  |  19\мин  |  20\мин |  19\мин  |  20\мин  |  19\мин  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| А/Д мм.рт.ст. | 150\90 | 145\85 | 130\80 | 135\90 | 130\80 | 130\80 | 130\80 |
| Пульс уд.в 1 мин | Пулс 76  | Пулс 76  | Пулс 76  | Пулс 76  | Пулс 76  | Пулс 76  | Пульс 76  |
| Отеки (локализация) | нет | Нет | Нет | Нет | нет | нет | нет |
| Кожа: Сухая Влажная Цвет Сыпь | сухая | сухая | Влаж | влаж | влаж | влаж | влаж |
| Кашель: Сухой С мокротой | нет | Нет | Нет | Нет | нет | Нет | нет |
| Стул: Жидкий Оформленный Запор |  |  | Офор | Оф | оф | Оф | оф |
| Диурез, мл | 0.5 | 0.5 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.5 | 2.0 |
| Количество выпитой жидкости, мл | 0 | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 1.0 | 2.0 | 1.5 |
| Масса тела, кг | 90 | 89 | 89 | 88 | 89 | 89 | 88 |
| Купание: Душ Ванна Частичное | Ч | Ч | Ч | Ч | Ч | Ч | Ч |
| Смена белья: Нательное Постельное | Раз  | В | Неделю | или | по | мере | необхо димости |

Температурный лист № карты…5825……… № палаты…8…

ФИО пациента Акимов Николай Павлович



Сестринский процесс.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Сестринский диагноз (по классификации) | Цели | Планирование и сестринские вмешательства | Полученный результат и его оценка |
|  |  | краткосрочные | долгосрочные | независимые | зависимые |  |
| 18 04 15  | Страх перед операцией. Боль в области грыжи, невправимость грыжи, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания. | Подготовить пациента к срочной операции.  |  | Обеспечить психологической поддержкой, успокоить пациента.  | Подготовить желудочно-кишечный тракт к операции.  | Пациент готов к проведению операции.  |
| 18 04 15  | Общая слабость, задержка стула и газов, тошнота, нарушение двигательной активность. | Пациент будет осуществлять физиологические потребности самостоятельно на 2 день после операции. | У больного не будет ограничений в двигательной активности  | Наблюдение за больным после наркоза Использование приспособления, уменьшающие давление тела(подушки и круги из поролона). Соблюдение режима двигательной активност | Соблюдение режима двигательной активности в послеоперационном периоде.  | Пациент умеет самостоятельно садиться в постели и вставать с постели не испытывая значительных болевых ощущений.  |
| 18 04 15 | Невозможность осуществлять самоуход из за нарушения активности, ограничения потребления жидкости и еды в после операционном периоде. | Пациент не будет принимать еду и питьё в день когда была проведена операция | Болевые ощущения исчезнут к моменту выпи | Объяснить пациенту причину воздержания от еды и питья, можно смочить губы смоченной в воде ваткой | По назначению врача обеспечить питьём, мелкими глотками | Пациент не испытывает жажду и голод.  |
| 18 04 15  | Боли в области в послеоперационной ране, связаной с послеоперационным периодом, острая задержка мочи, нарушения сна из за боли | Уменьшить болевые ощущения | На момент выписки у пациента не будет осложнений со стороны операционной раны  | Провести с пациентом текущую оценку адекватности обезболивания Снять боль пациенту: изменением положения; Отвлеч внимание общением; Применить холод; Обеспечить пациенту предписанный режим Вызвать рефлекторно мочеиспускание | Выполнять назначения врача: Вводить обезболивающие препараты, противо-воспалительные препораты По назначению врача выполнить катетеризацию мочевого пузыря при отсутствии мочеиспускания, по назначению врача дать слабое снатворное.  | Больной выписан без болевых ощущений. Больной мочится самостоятельно |
| 19 04 15 | Риск кровотечения из за расхождения швов в послеоперационной ране, Страх и беспокойство о своём здоровье , Риск инфецирование операционной раны, риск осложнений послеоперайионной раны, утрата работоспособности | У пациента не будет осложнений, инфицирования, потери трудоспособности.  |  | Выявить знания пациента о влиянии личной гигиены и одежде на здоровье Наблюдение за повязкой. Следить за постелью пациента. Соблюдать асептику и антисептику при выполнении | Выполнение перевязок. Выполнение приема антибактериальных средств.  | Больной выписан в удовлетворительном состоянии без осложнений  |

Оценка применяемых средств.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название препарата (латинское) | Фармакологическая группа | Фармакологическое действие | Кратность приема, доза | Способ Введения | Побочные эффекты (симптомы) возможные и имеющиеся у больного |
| S.Ceftriaxoni | Антибиотик- цефалоспорин | Антибиотик широкого спектра действия | №5 4ml | в/м | нет |
|  S. Metrogili  | Противомикробное противопротозойное средство | Трихомонацидное, Противопротозойное, Антибактериальное | № 3, доза 100 мл, | в/в  | нет |
| Analgini 50%  | Анальгезирующее ненаркотическое средство | обезболивающее, жаропонижающее, противовоспалительное. | 1ml  | в/м | нет |
| Dimidrol 1% | H1-антигистаминные средства | седативное, снотворное, антигистаминное. | 1ml | в/м | нет |
| S. G-5% | Заменители плазмы и других компонентов крови | дезинтоксикационное, гидратирующее | доза 200 мл. № 3 | в/в | нет |

Рекомендации пациенту.

Больной Акимов Николай Павлович находился в хирургическом

отделении больницы ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ" с 18 04 2015 по 2 05 2015 г

Поступил(а) с жалобами (кратко) : Боль в левой паховой области.

Проведено обследование (кратко) : ОАК, ОАМ, ЭКГ, Биохимические

анализы крови.

Проведено обследование (медикаментозно, диета, уход) диета 0,1А,1,2

S.CeftriaxoniS;.MetrogiliS; S.G-5%;Analgini; Dimidroli.

В результате проводимого лечения наблюдается положительная(отрицательная, без динамики/ динамика/ указать какая):

В раннем послеоперационном периоде отмечались боли умеренной интенсивности в области операционной раны. Рана была чистая, зажила первичным натяжением. Послеоперационных осложнений нет.

Выписывается в удовлетворительном состоянии

Даны рекомендации: по диете (подробно)

Употребление пищи исключительно малыми порциями.

Обеспечение регулярных приемов пищи, желательно не реже 4 раз на день.

Употребление большого количества продуктов, насыщенных белком (рыба,куриное филе, греча, обезжиренный творог и молочные продукты).

по образу жизни (двигательная активность, отдых, вредные привычки)

1. Ограничение физической нагрузки в течение 2-3 месяцев

2. Соблюдение режима дня

. Наблюдение у хирурга по месту жительства.

## 2.3 Реализация программы сестринских вмешательств при решении проблем пациента с ущемлённой грыжей

## Выявление нарушенных потребностей и формулировка проблем.

|  |  |
| --- | --- |
| Проблема (сестринские диагнозы) | Причины проблем пациента (с чем связаны проблемы пациента) |
| Потребность в поддержание безопасности окружающей среды |
| - быть чистым. - высокий риск травм -риск инфекционных заболеваний - страх, тревога, неуверенность -снижение иммунитета -риск кровотечения из-за расхождения швов в послеоперационной ране. | - Невозможность осуществлять само уход из-за слабости в после операционном периоде. - Физическая недостаточность, немощность. - слабость. - плохое настроение.  |
| Потребность пациента в поддержании нормальной температуры тела |
| -риск обезвоживания -слабость -жажда -снижение аппетита -высокий риск инфицирования -невозможность самостоятельно сменить белье. -потливость | - повышение температуры тела. - лихорадка. - озноб. - бред галлюцинации. -снижение двигательной активности. - потоотделение. - изменение температуры окружающей среды. - прием лекарственных средств. |
| Потребность в адекватном питании и питье  |
| - ограничение жидкости и пищи в послеоперационном периоде. | - нет возможности разнообразить пищу. - незнание принципов рационального питания. - незнание принципов адекватного питания. - незнание принципов диетического питания. |
| Потребность пациента в движении |
| - Ограничение движения вследствие заболевания - Снижение физической активности  | -состояние вынужденной зависимости. - послеоперационный период. - боли в области послеоперационной раны. - постельный режим. - запор. - Повреждение кожных покровов. |
| Потребность в физиологических оправлениях |
| - острая задержка мочи в послеоперационном периоде. - боли в животе в следствии задержки стула и газов. | - невозможно самостоятельно посещать туалет. - страх перед возможностью недержания мочи или кала. - неудобства связанные с использованием судна и мочеприемника. - злоупотребление клизмами. - трудности возникающие из-за необходимости осуществлять физиологические отправления в непривычном положении. - нежелание открыто обсуждать вопросы, связанные с физиологическими отправлениями. - дефицит самоухода. |

## Планирование сестринского ухода.

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы  | Сестринские вмешательства  |
| -острая задержка мочи в послеоперационном периоде. | - создать интимную обстановку. -обеспечить пациента теплым судном. - вызвать мочу рефлекторно - провести катетеризацию мочевого пузыря по назначению врача. |
| Ограничение подвижности вследствие заболевания  | - Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при передвижении. - Уложить пациента на бок или усадить, соблюдая безопасность. - соблюдать режим двигательной активности -обучить пациента и его родственников, предоставить информацию о возможности пациента двигаться. |
|  слабость  | - объяснить пациенту сущности состояния и оказать психологическую поддержку. - создать комфортную обстановку. - оказать помощь при расширение режима по назначению врача. - обеспечить контроль за соблюдением постельного режима пациента. - оказать помощь пациента по личной гигиене. |

## Выполнение вмешательств.

Зависимые:

В/м инъекции:S. Ceftriaxoni кратность № 5 доза 1.0, Analgini 1mi, Dimidrol 2 ml.

в/в инъекции: S. Metrogili кратность № 3, доза 100 мл, S. G-5% доза 200 мл.

Готовила всё необходимое для определения группы крови,

Следила за режимом дня пациента, за соблюдением диеты.

Независимые:

В после операционный период сразу же начинается реабилитация пациента, чтобы предотвратить возможное осложнение и помочь пациенту и его близким правильно себя вести в новой для них сложной жизненной ситуации. Основными задачами являются наиболее полное восстановление функций органов пищеварения, трудоспособности и предупреждение развития послеоперационных осложнений. Своевременная и тактическая правильная медицинская реабилитация значительно сокращает срок временной нетрудоспособности, уменьшает инвалидизацию, уменьшает число больных с послеоперационными патологическими синдромами

соблюдать режим двигательной активности

обучить пациента и его родственников, предоставить информацию о возможности пациента двигаться.

Стремиться поддерживать комфортные и безопасные условия при передвижении.

Уложить пациента на бок или усадить, соблюдая безопасность.

создать интимную обстановку.

обеспечить пациента теплым судном.

вызвать мочу рефлекторно

провести катетеризацию мочевого пузыря.

проводить уборку палаты не менее 2 раз в день с использованием дезинфицирующих средств.

осуществлять проветривание палат(не допуская переохлаждение пациента).

обеспечить УФО палаты не менее 2 раз в день.

менять нательное и пастельное белье по мере загрязнения.

соблюдать правила асептики и антисептики при выполнении манипуляций.

обеспечить прием антибактериальных препаратов по назначению врача.

выполнять перевязку послеоперационной раны аподактильно.

смочить губы, дать несколько капель лимонного сока

объяснить больному причину воздержания от приема жидкости.

по назначению врача обеспечить прием жидкости небольшими глотками.

обеспечить соблюдение диеты, исключить газообразующие продукты.

объяснить больному вред задержки газов.

обеспечить легкий массаж живота.

ввести газоотводную трубку.

обеспечить интимный туалет больному.

при неэффективности выполнении действий вызвать врача.

Провести обезболивание.

создать удобное положение в постели.

приложить холод на место боли.

при неэффективности выполненных действий вызвать врача.

объяснить пациенту сущности состояния и оказать психологическую поддержку.

обеспечить контроль за соблюдением постельного режима пациента.

оказать помощь пациента по личной гигиене.

создать комфортную обстановку.

оказать помощь при расширение режима по назначению врача.

Взаимозависимые вмешательства: Готовила пациента к лабораторным и инструментальным методам исследования:

ОАК,

ОАМ,

Биохимические анализы крови,

Реакция Вассермана (RW), или ЭДС (экспресс-диагностика сифилиса),

ЭКГ.

## Оценка качества оказанной помощи.

Пациенту была оказана качественная медицинская помощь, назначенный план лечения и ухода был выполнен в полном объёме.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, без осложнений со стороны операционной раны.

## 2.4 Разработка плана обучения пациента и членов его семьи

## Выявление исходного уровня знаний по конкретному вопросу.

Пациент не знает, как вести себя в послеоперационном периоде.

Пациент не знает, как соблюдать режим труда и отдыха.

Пациент не знает, как соблюдать диету.

Пациент не знает, какие физические нагрузки ему можно испытывать.

## Планирование содержания обучения.

Для решения данных проблем определена следующая цель:

 Обучить пациента правильно и безболезненно поворачиваться в постели, присаживаться и вставать.

 Обучить пациента соблюдению диеты после выписки.

 Обучить больного правильно дышать в лежачем положении.

Для обучения были использованы следующие методы:

Наглядные.

Практические.

## Реализация плана обучения.

Больного до проведения операции нужно обучить правильно поворачиваться на бок, садиться и вставать

Поворот на бок производится следующим образом: больному предлагают согнуть ноги в коленях и положить их в сторону предлагаемой операции; при этом рука противоположной стороны придерживает место будущей операции. Затем больной должен повернуть плечевой пояс в ту сторону, в которую положены колени, и сдвинуть таз назад.

Для того чтобы сесть, больной должен повернуться на бок, как описано выше, затем подвинуть согнутые ноги ближе к краю постели и опускать ноги, с помощью рук перейти в сидячее положения. Из этого положения больной встает с помощью медсестры или родственников.

Обучать этим приемам необходимо потому, что большинство больных начинают вставать сразу из положения, лежа на спине, при этом мышцы живота напрягаются, вызывая сильные боли в ране.

Примерный комплекс упражнений в первые 2 дня после операции грыжесечения (см. приложение№2).

Примерный комплекс упражнений после операции грыжесечения с 3-го по 6-й день (см. приложение№3).

Для того чтобы обучить больного правильному дыханию в лежачем положении, его нужно уложить на спину, отвести плечи несколько кзади и предложить сделать глубокий вдох, поднимая грудную клетку, а при выдохе отпустить грудную клетку, сжимая ее плечами. Выдох следует делать через рот, складывая губы трубочкой. Такое упражнение больной должен делать через 2-4 часа после операции, повторяя его каждые 30 минут 3-4 раза. Дыхательные упражнения выполняют самостоятельно и под контролем медсестры.

## Диета после операции грыжесечения

Диета после операции паховой грыжи основана на следующих критериях:

· Употребление пищи исключительно малыми порциями.

· Обеспечение регулярных приемов пищи, желательно не реже 4 раз на день.

· Употребление большого количества продуктов, насыщенных белком (рыба, куриное филе, греча, обезжиренный творог и молочные продукты).

## Оценка.

Пациент сам выполняет безболезненные для него повороты в постели, присаживается на кровать, встаёт, применяет умения правильно дышать в положении лёжа, соблюдает диету.

## Заключение

В подготовленной выпускной квалификационной работе рассмотрены проблемы пациента с диагнозом острый аппендицит и их решение в условиях хирургического стационара ГБУЗ НО "Шахунская ЦРБ".Отражены аспекты обследования, планирования и реализации стандарта оказания сестринской помощи. Проведен анализ литературных источников по проблемам пациента с острым аппендицитом.

На основании анализа соотношения полученных результатов с общей целью и конкретными задачами исследования сформулированы следующие выводы:

. Подробно изучены и раскрыты теоретические вопросы заболевания "ущемление грыжи". Отражена роль среднего медицинского персонала в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе при остром аппендиците, который занимает первое место по распространенности среди острых хирургических заболеваний.

. Выполненная работа дает возможность оценить качество оказания сестринской помощи при нарушениях здоровья.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

).В ходе преддипломной практики при ознакомлении с организационно-психологическими условиями рабочего места медицинской сестры хирургического отделения в ГБУЗ НО "ШахунскаяЦРБ" были изучены структура, функции, должностная инструкция, нормативно-правовая база деятельности, делопроизводство в работе, правила внутреннего трудового распорядка, организация и условия труда на рабочем месте медицинской сестры хирургического отделения.

). Выполняя практическую часть дипломной работы, проведено сестринское обследование пациента с ущемлением грыжи, оформлена карта сестринского ухода и составлена программа сестринских вмешательств при решении проблем пациента с данным заболеванием.

). Проведена оценка выполнения программы сестринских вмешательств и качества выполненных услуг.

). Для обучения пациента и членов его семьи тактике поведения в послеоперационном периоде разработан план обучения, который был реализован в ходе преддипломной практики.

). Определена степень готовности выпускника к выполнению профессиональных обязанностей медсестры хирургического отделения.

Таким образом, задачи дипломной работы решены в полном объеме, цель достигнута - разработана и реализована программа сестринских вмешательств при заболевании ущемление грыжи в условиях хирургического стационара ГБУЗ НО "ШахунскаяЦРБ".

Автор дипломной работы готова к выполнению профессиональных обязанностей медицинской сестры хирургического отделения.

## Список литературы

. Акжигитов Г.Н. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Издание 2 исправленное и дополненное. Москва."Медицина".2004 г.- 192 с.

. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. Серия "Медицина для вас", Ростов-на-Дону: "Феникс", 2005 г. - 448 с

. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум; под ред. к.м.н. Кабарухина Б.В. - Изд.10-е. Ростов н/Д: "Феникс", 2013 г. - 460 с

. Дехтярь Е.Г.; Титова А.К. Что должен знать и уметь сестра хирургического отделения. Издание 2 исправленное и дополненное. Москва. "Медицина". 2003 г. Стр. 352.

. Кузин М.И., Шкроб О.С., Чистова М.А и др. М. "Медицина" 2006 г., 704 с.

. Козлова Л.В.; Козлов С.А.; Семененко Л.А. Основы реабилитации/ серия " Учебники, учебные пособия". - Ростов н/Дону, "Феникс", 2003-480с.

. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела; учебник/ С.А.Мухина, И.И.Тарновская - 2-е изд., испр. и доп. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368 с.

. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела -Ростов н/Дону, Феникс, 2014 г

. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Учебное пособие; под ред. Кабарухина Б.В., изд. 21-е, стер. - Ростов Н/Д: "Феникс", 2014 г. - 766 с

. Хазанова Р.Г. Сестринское дело. Учебное пособие часть 1. Нижний Новгород. "Нижегородское медицинское училище № 2". 1999 г. 32с.

. http://edaplus.info/feeding-in-sickness/appendicitis.html.

. www.medicina.nn.rf

Приложение №1



Приложение№2



Приложение№3.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исходное положение | Содержание процедуры | Дозировка | Методические указания |
| Лежа на спине Ноги согнуты в коленях То же Лежа на спине | 1. Поднять руки вверх до соприкосновения со спинкой кровати-вдох, опустить руки-выдох 2. Взявшись руками за края постели, согнуть одну ногу-выдох, опустить-вдох 3. Руки на груди - развести в стороны-вдох, вернуться в исходное положение-выдох 4. Согнуть обе ноги в коленях, приподнимая таз на вдохе, опуская-выдох 5. Глубоко подышать грудью 6. Согнуть ноги в коленях и положить их в сторону, подготовка к повороту на бок 7. Повернуться на бок 8. Руки вверх-вдох, опустить-выдох. | 2-3 раза По 2 раза 2-3 раза 2 раза 1 раз | То же другой ногой На сторону шва |

Приложение№4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исходное положение | Содержание процедуры | Дозировка | Методические указания |
| Лежа на спине, руки вдоль туловища Лежа на спине, руки на поясе То же, ноги согнуть в коленях Сидя в постели | Развести руки в стороны, ладонями вверх-вдох, вернуть в исходное положение-выдох Поднять правую руку вверх, согнуть левую ногу в колене- вдох, опустить-выдох Поднять руки к подмышечным впадинам-вдох, вернуться в исходное положение-выдох Согнуть обе ноги в коленях- вдох, выпрямить-выдох Поворот на бок и переход в исходное положение, сидя на постели 6. Попеременное выпрямление ног в коленных суставах 7. Руки к плечам - круговые движения в плечевых суставах 8. Ноги врозь, руки на поясе, повернуть туловище налево, поднять руки вверх к подмышечной впадине - вдох, вернуться в исходное положение - выдох. 9. Лечь в постель - брюшное дыхание | 2-3 раза По 2 раза 2-3 раза 2-3 раза По 3 раза По 4 раза в каждую сторону По 2 раза в каждую сторону 2-3 раза |  То же другой рукой и ногой Не отрывая пяток от постели |