

Министерство образования и науки Республики Саха (Якутия)
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Республики Саха (Якутия)
«Нерюнгринский медицинский колледж»

СБОРНИК МАНИПУЛЯЦИЙ УП

ПМ 05 Медико-социальная деятельность
МДК 05.01 Медико-социальная реабилитация
специальность 31.02.01 Лечебное дело углубленной подготовки

г. Нерюнгри 2020г

Рассмотрен на заседании ЦМК клинических дисциплин №

Протокол № *31.02.2014*

Председатель *Григорьева* В.Н.Грядунова



Согласовано:
Л.С.Кравченко

Составитель: Тихомирова Л.С. преподаватель

Сборник алгоритмов выполнения манипуляций рекомендован для преподавателей и студентов при изучении ПМ05 Медико-социальная деятельность МДК 05.01 Медико-социальная реабилитация по специальности 31.02.01 Лечебное дело углубленной подготовки

Содержание

1. ЛФК для больных инфарктом миокарда на расширенном постельном режиме.....	1
2. ЛФК (комплекс 2) на платном режиме для пациентов с инфарктом миокарда.....	2
3. Общие контрастные ванны.....	3
4. УВЧ-терапия	4
5. Гальванизация и лекарственный электрофорез	5
6. ЛФК, массаж при заболеваниях органов дыхания, в офтальмологии и оториноларингологии	7
7. Комплекс дренажных упражнений.....	14
8. Массаж передней части грудной клетки.....	16
9. Массаж спины.....	18
10. Проведение аэрозольтерапии (ингаляции).....	22
11. Комплекс упражнений на расширенном постельном режиме для больных я звездой болезнью.....	25
12. Магнитотерапия («Полюс 1»).....	26
13. Массаж живота.....	27
14. Прием минеральных вод.....	30
15. СВЧ-терапия, УВЧ-терапия	31
16. Парафиновые (озокеритовые) аппликации местно или на поясничную область	35
17. ЛФК, массаж.....	35
18. Составление меню-раскладки.....	38
19. Лечебный душ.....	39
20. Ультразвук	41
21. Фототерапия	42
22. Грязелечение	44
23. Дарсонвализация.....	45
24. Комплекс релаксационно-респираторной деятельности.....	48
25. Отработка методик аутогенной тренировки и релаксации.....	49
26. Отработка приемов и методов психологической реабилитации, психотерапевтической бесед.....	50
27. Обучение пациентов самоуходу, правилам личной гигиены, окружения пациентов – уходу за ними.....	56
28. Проведение психотерапевтических бесед с тяжелобольными и умирающими пациентами	59
29. Уход за стомами	60
30. ДДТ, амплипульстерапия	67
31. Обработка гонойных ран, пролежней	69
32. Составление трудовых рекомендаций инвалидам.....	73
33. Составление программ индивидуальной медицинской и психосоциальной реабилитации пациентов с различной патологией.	
34. Подготовка пациентов к проведению реабилитационных мероприятий	
35. Заполнение журнала учета первичных больных, журнал учета процедур по кабинетам.....	75
36. Заполнение процедурой карточки больного (Форма 044/у).....	77

**ЛФК для больных инфарктом миокарда на расширенном постельном режиме
Комплекс №1.** На Ia и IIa ступенях (расширенный постельный режим).

Занятия проводят индивидуально в ИП лежа на спине. Темп упражнений медленный, подчинен дыханию больного. Дыхание не форсировать. При учащении пульса на 15-20 ударов в 1 мин делается пауза. Через 2-3 занятия при успешном выполнении упражнений и улучшении состояния больного можно рекомендовать повторное выполнение этого комплекса самостоятельно во второй половине дня в сокращенном варианте. Продолжительность занятий 10-12 мин.

1. Сгибание и разгибание пальцев кистей 6-8 раз. Дыхание произвольное.
2. Сгибание и разгибание стоп 6-8 раз. Дыхание произвольное.
3. Сгибание предплечий, локти в стороны – вдох, выпрямить руки и опустить вдоль туловища – выдох. Повторить 2-3 раза.
4. Руки вдоль туловища, развернуть ладонями вверх – вдох. Приподнимая руки вперед вверх, ладонями вниз, потянуться ими к коленям, приподнимая голову, напрягая мышцы туловища и ног – выдох. Повторить 2 – 3 раза. На первом занятии можно голову не приподнимать.
5. Спокойное дыхание 20 – 15 с. Расслабиться.
6. Поочередное сгибание ног, не отрывая их от постели – 4 – 6 раз. Дыхание произвольное, со 2-3-го занятия сгибание и разгибание ног производить одновременно – одна нога сгибается, другая разгибается.
7. Руки вдоль туловища, ноги выпрямлены и несколько разведены. Одновременная ротация рук и ног наружу – вдох, вовнутрь – выдох. Повторить 4 – 6 раз. С 4-го занятия ротацию рук выполнять с небольшим напряжением.
8. Ноги, согнутые в коленных суставах, опустить на постель в правую затем в левую сторону. Дыхание произвольное. Повторить 4 – 6 раз.
9. Ноги согнуты в коленных суставах. Поднять правую руку вверх – вдох, потянуться ею к левому колену – выдох. Вернуться в ИП – вдох. Сделать то же левой рукой и правому колену. Повторить упражнение 4 – 5 раз.
10. Ноги выпрямлены. Отвести на постели одновременно правую руку и левую ногу, голову повернуть вправо – вдох. Вернуться в ИП – выдох. То же сделать левой рукой и правой ногой, голову повернуть влево. Повторить 3 – 5 раз.
11. Спокойное дыхание 30 – 40 с. Расслабиться.
12. Согнуть руки в локтевых суставах, кисти сжать в кулак, ноги выпрямлены. Одновременное вращение кистей и стоп 8 – 10 раз. Дыхание произвольное.
13. Ноги согнуты в коленях. Выпрямить правую ногу вверх вернуться в ИП. То же сделать левой ногой. Повторить 4 – 6 раз. Дыхание произвольное. Это упражнение включается в комплекс с 3 – 4-го занятия.
14. Ноги выпрямлены и немного разведены, руки вдоль туловища. Правую руку положить на голову – вдох, коснуться правой рукой противоположного края постели – выдох. То же левой рукой. Повторить 3 – 4 раза.
15. Руки вдоль туловища поочередное умеренное статическое напряжение и расслабление ягодичных мышц, нижних конечностей и тазового дна в течение 2 – 2^{1/2}- с. При расслаблении – при напряжении – выдох. Повторить 4 – 5 раз. Это упражнение включается в комплекс со 2 – 3-го занятия.
16. Руки вдоль туловища. Поднять руки вверх – вдох, вернуться в ИП – выдох. Повторить 2 – 3 раза.

ЛФК на палатном режиме для пациентов с инфарктом миокарда (комплекс 2)

Комплекс № 2. На IIб и IIIа ступенях (палатный режим).

Занятия проводятся индивидуально по 10 – 15 мин. Темп выполнения упражнений медленный и средний. ИП – сидя на стуле.

1. Прислониться к спинке стула, руки на коленях, не напрягаться. Руки к плечам, локти развести в стороны – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Повторить 4 – 5 раз.
2. ИП – то же. Перекат с пяток на носки с разведением ног в стороны, одновременно сжимать и разжимать кисти в кулаки. Дыхание произвольное. Повторить 10 – 15 раз.
3. Руки вперед вверх – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Повторить 2 – 3 раза.
4. Скольжение стоп по полу вперед – назад. Дыхание произвольное.

Повторить 6 – 8 раз.

5. Развести руки в стороны – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Повторить 3 – 5 раз.
6. Сидя на краю стула, отвести в сторону правую руку и левую ногу – вдох. Вернуться в ИП – выдох. То же левой рукой и правой ногой. Повторить 6 – 8 раз.
7. Сидя на всем сидении стула, опустить руки вдоль туловища, поднимая правое плечо вверх, одновременно опустить левое плечо, затем изменить положение плеч. Дыхание произвольное. Повторить 3 – 5 раз.
8. Развести руки в стороны – вдох. Руками подтянуть правое колено к груди – выдох. То же с левым коленом. Повторить 4 – 6 раз.
9. Руки на поясе. Круговые вращения головой вначале вправо, затем влево по 3 – 5 раз в каждую сторону, дыхание произвольное.
10. ИП – то же. Положить правую ногу на колено левой ноги – выдох, вернуться в ИП – вдох. То же левой ногой. Повторить 3 – 5 раз.
11. Спокойное дыхание 20 – 30 с.

Общие контрастные ванны

Ванны контрастные – водолечебная процедура, при которой больной поочередно получает воздействие то холодной, то горячей пресной водой. Различают общие и местные контрастные ванны.

Для проведения общих контрастных ванн используют 2 смежные ванны больших размеров (бассейны), в которых больной должен иметь возможность свободно передвигаться, особенно в бассейне с холодной водой. Температура воды в одном из бассейнов может быть 38-42 °С, а во втором – 24-10 °С. Для получения благоприятной реакции процедуру начинают с погружения больного в горячую воду на 2-3 мин (до получения выраженной сосудистой реакции), а потом в холодную, где он находится 30-60 с, производя при этом активные движения. Так повторяют в течение процедуры от 3-4 до 5-6 раз, заканчивая ее холодной ванной, если нужно вызвать тонизирующее действие, или горячей, если эффект должен быть седативным. После процедуры больного тщательно растирают. Хотя разность температур в бассейнах может достигать 32 °С, гораздо чаще в медицинской практике используют сравнительно небольшие контрасты температур, не превышающие 8-10 °С. Контрастные ванны проводят ежедневно или через день. Курс лечения состоит из 15-20 процедур (при использовании с целью закаливания их проводят в течение 30-45 дней).

Показания: Общие контрастные ванны показаны при функциональных нарушениях со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, больным гипотонической болезнью, экзогенно-конституциональным ожирением, миокардиодистрофией с недостаточностью кровообращения не выше I ст., а также с целью тренировки и закаливания организма.

Противопоказания : общие для водолечения, ожирение IV ст., хронические аднекситы и простатиты в подострой стадии, заболевания опорно-двигательного аппарата в стадии обострения.

Алгоритм выполнения УВЧ- терапии

1. Ознакомиться с назначением врача.
2. применяется аппарат «УВЧ – 66», «УВЧ - 70».
3. Установить на аппарате конденсаторные пластины нужного диаметра (№1, №2 или №3).
4. Усадить пациента в удобную для проведения процедуры позу, при этом его ноги должны находиться на резиновом коврике.
5. Установить конденсаторные пластины над очагом поражения (продольно, поперечно или тангенциально).
6. Включить «напряжение», при этом индикаторная лампа должна сместиться к красной отметке.
7. На аппарате установить «мощность» (в зависимости от места воздействия и цели процедуры).
8. С помощью переключателя «настройка» и неоновой лампочки настроить механический контур аппарата в резонанс с терапевтическим. При этом пациент должен почувствовать легкое тепло.
9. По окончании времени процедуры выключить «мощность», «напряжение».
10. Отметить в листе назначения о выполнении процедуры.
11. Сообщить пациенту о времени следующей явки.
12. По окончании процедуры необходимо отдохнуть пациенту в комнате отдыха в течении 15- 30 минут.
13. Обработать электроды 70% спиртом или 1 – 3 % раствором хлорамина.

Алгоритм проведения электрофореза

Электрофорез – это метод введения лекарственного вещества в организм человека с помощью постоянного тока малой силы и низкого напряжения.



Процедура отпускается с помощью аппаратов: Поток – 1, 2, АГН.

- На процедуру необходимо прийти отдохнувшим, не ранее 40 минут после завтрака и 1,5 час после обеда;

- При себе иметь личную простыню или

пеленку;

- Процедура выполняется на обнаженном теле;
- Ощущение пациента – легкое жжение и покалывание;
- При появлении сильного жжения позвать м/с;
- Самому регулировать силу тока нельзя;
- После процедуры необходим отдых в течении 20 – 30 минут.

Цель: применение с лечебной целью

Показания:

- Неврология: невриты, невралгии, нейромиозит, радикулит, неврозы, неврастения, мигрень, органические заболевания центральной нервной системы
- Кардиология: гипертоническая болезнь I и II стадии, хроническая ишемическая болезнь сердца вне обострения
- Терапия: бронхиальная астма, бронхит, пневмония,
- ЛОР: отит, тонзиллит, гайморит, фарингит
- Гинекология: эндометриоз, эрозия шейки матки, кольпит, цервицит, эндометрит
- Урология: цистит, простатит, пиелонефрит
- Гастроэнтерология: колиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит с повышенной и пониженной секрецией, холецистит, дискинезия желчного пузыря
- Хирургия: послеоперационные раны, последствия ожогов
- Дерматология: себорея, постугревые рубцы, купероз
- Травматология: переломы костей, воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата

Противопоказания:

лихорадка, индивидуальная непереносимость тока, нарушение целостности кожного покрова, экзема, острый дерматит, острые гнойные заболевания, тяжелые нарушения кровообращения, злокачественные опухоли, вторая половина беременности, туберкулез, аллергия на вводимое лекарство.

Оснащение: прокладки, свинцовые пластинки, электроды, эластичный бинт, мешок с песком.

Последовательность действий:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель манипуляции, получить согласие на проведение процедуры.
3. Ознакомиться с назначением врача Ф. – 044;
4. Зафиксировать процедуру в журнале;
5. Сделать отметку в карте Ф. – 044;
6. Посмотреть с какого полюса вводится заданное лекарственное вещество;
7. Предложить пациенту пройти в кабину, раздеться, обнажить нужный участок тела, лечь на кушетку;
8. Предупредить больного об ощущениях, которые он должен испытывать во время светотеплового облучения.
9. Осмотреть целостность кожных покровов;
10. Взять фильтровальную бумагу, налить на нее разовую дозу лекарственного вещества, положить на тело;
11. Взять прокладки, смочить теплой водой под краном, положить поверх фильтровальной бумаги;
12. Сверху электроды;
13. Выбирается средство фиксации;
14. Подсоединить электроды к клеммам аппарата «Поток – 1» согласно полярности вводимого лекарственного вещества;
15. Пациент укрывается простыней, инструктируется об ощущениях;
16. Включается аппарат, загорается сигнальная лампочка;
17. Нажимают кнопку шунта:
5 мА для головы и для ребенка до 7 лет
50 мА для проведения процедуры на теле взрослого;

18. Поворачивают ручку потенциометра по часовой стрелке, выводя ток по ощущениям пациента;
19. Включают процедурные часы;
20. По Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010 Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность. После окончания процедуры отключают аппарат, снимают электроды, прокладки. Фильтровальная бумага выбрасывается в корзину. Прокладки кипятят в воде 30 минут, отжав перекалывают в сухожаровой шкаф до применения, при температуре 40⁰С.

ЛФК и массаж при заболеваниях органов дыхания

Эмфизема легких

Это хроническое заболевание, к которому приводит хронический обструктивный бронхит. Эластическая соединительная ткань легких заменяется фиброзной, развивается пневмосклероз, легкие расширяются, увеличивается остаточный объем легких, развиваются поверхностное дыхание, ригидность и малоподвижность грудной клетки

Задачи ЛФК и массажа

- Усилить локальную вентиляцию легких,
- уменьшить гипоксемию и одышку,
- усилить обмен веществ во всех тканях, особенно в сердечной мышце и нервной системе,
- улучшить функцию дыхательной мускулатуры.

Особенности методики ЛФК

Применяют экспираторную гимнастику, то есть упражнения, способствующие полноценному выдоху, укрепляющие мышцы туловища и брюшного пресса, которые участвуют в дыхании и сохраняют подвижность грудной клетки и позвоночника – статические и динамические дыхательные упражнения в сочетании с общеукрепляющими. ИП при постельном и полупостельном режиме – лежа и сидя с опорой на спинку стула, а при общем режиме – стоя, чтобы не затруднить функцию диафрагмы. Выдох производить через сжатые губы медленно, а вдох – через нос. Это способствует лучшей подвижности диафрагмы и углублению дыхания. Не допускать быстрого и сильного выдоха, так как при этом еще больше растягиваются альвеолы. Упражнения выполнять в медленном и среднем темпе (из-за наличия гипоксемии), по 2-4 раза. После упражнений обязательны паузы для отдыха. Рекомендуются самостоятельное выполнение дыхательных упражнений 2-3 раза в день, дозированная ходьба, плавание.

Рекомендуются специальные упражнения:

1. ходьба в ритм дыханию на 2 счета вдох, на 4-6 – выдох;
2. стоя, руки на нижней части грудной клетки. Подняться на носки – вдох, опуститься на полную ступню, сдавливая руками грудную клетку – выдох;
3. стоя лицом к гимнастической стенке, держась руками за рейку на уровне груди. Сделать полное приседание – выдох; вернуться в исходное положение – вдох;
4. сидя верхом на гимнастической скамейке, руки в стороны. Повороты туловища поочередно в обе стороны самостоятельно или с помощью;
5. сидя, опираясь на спинку стула, руки на животе. Глубокий выдох с втягиванием живота и надавливанием на него руками;
6. сидя, руки на животе. Отведение локтей назад – вдох; сближение локтей с надавливанием пальцами на стенку живота – углубленный выдох;
7. лежа на спине. Глубокое диафрагмальное дыхание с увеличением длительности выдоха;
8. ИП – то же. Согнуть ноги, обхватив их руками, прижать к груди – выдох; вернуться в исходное положение – вдох;

9. ИП – то же. Сесть, нагнуться вперед, стараясь коснуться руками пальцев ног, – выдох; вернуться в исходное положение – вдох;

10. лежа на животе. Прогнуться в пояснице с одновременным подниманием ног и головы вверх – вдох; вернуться в исходное положение, расслабив мышцы – выдох.

Особенности методики массажа

Массаж проводят до выполнения физических нагрузок с приподнятым изножием кушетки. Массируют воротниковую область, сильно – спину (особенно паравертебральные области), дыхательную мускулатуру (грудино-ключично-сосцевидные мышцы, межреберные, мышцы живота). Продолжительность массажа – 10-15 минут. Курс – 15-20 процедур

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма – это заболевание инфекционно-аллергической этиологии, которое проявляется приступами экспираторной (на выдохе) одышки. В основе одышки лежит спазм мелких и средних бронхов и набухание их слизистой оболочки. Заболевание приводит к увеличению остаточного объема легких, развитию эмфиземы легких, пневмосклерозу и легочно-сердечной недостаточности.

Задачи ЛФК и массажа

- Снять патологические кортико-висцеральные рефлекссы
- восстановить нормальную регуляцию дыхания (снять спазм бронхов) путем урегулирования нервных процессов в коре больших полушарий головного мозга.
- Укрепить дыхательную мускулатуру, облегчить откашливание

Особенности методики ЛФК

ЛФК проводят в межприступном периоде в форме лечебной гимнастики, гигиенической гимнастики, дозированной ходьбы, игр, спортивных упражнений, бега.

Специальные дыхательные упражнения: с удлинением выдоха и произношением на выдохе звуков (у, а, о, ф, с, ш) в течение 5-7 секунд до 15-20 секунд, упражнения для урежения дыхания, укрепляющие дыхательную мускулатуру. Особое внимание уделяют диафрагмальному дыханию и укреплению мышц брюшного пресса для улучшения выдоха. Вдох осуществляют через нос, а выдох – через рот (носолегочный рефлекс уменьшает спазм бронхиол). Показаны упражнения на расслабление мышц, массаж грудной клетки в начале и конце занятия. Хорошо расслабляет мышцы вибрирующее надавливание руками со стороны спины под лопатками на грудную клетку по направлению к груди в положении больного полулежа (массажист спереди от больного) по 5-6 раз.

Лучшие ИП – сидя и стоя. Значительные мышечные усилия противопоказаны. Темп медленный, а для мелких и средних мышц – средний или быстрый

Примерный комплекс упражнений при бронхиальной астме (палатный режим):

- ИП сидя, руки на коленях. Статическое дыхание с его произвольным урежением. 30-40 секунд.
- ИП то же. Руки к плечам, сжимая кисти в кулак – вдох, ИП – выдох. Темп медленный. 8-10 раз.

- ИП то же. Согнуть одну ногу вперед, обхватив руками и подтянув к животу – выдох, ИП – вдох. 5-6 раз каждой ногой.
- ИП – то же. Поворот в сторону с отведением одноименной руки ладонью вверх – вдох, ИП – выдох. 3-4 раза в каждую сторону.
- Дыхательные упражнения с удлинением выдоха и произношением звуков «ш» и «ж» на выдохе. 5-6 раз.
- ИП то же. Наклон в сторону, одноименная рука скользит по ножке стула вниз – выдох, ИП – вдох. 3-4 раза в каждую сторону.
- ИП – стоя, ноги врозь, кисти на нижних ребрах сбоку. Отвести локти назад, сдавливая руками грудную клетку – вдох, свести локти вперед – выдох. 4-5 раз.
- ИП – стоя, держась за спинку стула. Присесть – выдох, ИП – вдох. 4-5 раз.
- ИП – стоя, ноги врозь, руки на пояс. Дыхательные упражнения с удлинением выдоха и произношением звуков «а» и «о» на выдохе, вытянув губы трубочкой. 5-6 раз.
- Медленная ходьба в сочетании с дыханием: 2 шага – вдох, 3-4 шага – выдох. 1 минута.
- ИП – стоя, ноги врозь, руки на поясе. Наклон вперед, доставая руками сидение стула, – выдох. ИП – вдох. 4-5 раз.
- ИП – лежа на спине. Приподнять руку – вдох, расслабить мышцы руки и «уронить» ее на постель – выдох. 3-4 раза каждой рукой.
- ИП – то же. Поднять ногу – выдох, ИП – вдох. 5-6 раз каждой ногой.
- ИП – то же. Диафрагмальное дыхание с произвольным урежением его частоты. 30-40 секунд.
- Медленная ходьба с дыханием: 2 шага – вдох, 3-4 шага – выдох. 1 минута.
- ИП – сидя, руки на коленях. Наклон вперед, руки скользят по ногам вниз – выдох, ИП – вдох. 6-7 раз.
- ИП – сидя, руки на коленях. Сгибание и разгибание ног в голеностопных суставах с одновременным сжиманием и разжиманием пальцев в кулак. Дыхание произвольное. 12-16 раз.

Массаж проводят до выполнения физических нагрузок с приподнятым изножьем кушетки. Массируют воротниковую область, сильно – спину (особенно паравертебральные области), дыхательную мускулатуру (грудино-ключично-сосцевидные мышцы, межреберные, мышцы живота). Продолжительность массажа – 10-15 минут. Курс – 15-20 процедур.

ЛФК и массаж в офтальмологии

Конкретные методики тренировок

1. Тренировка относительной аккомодации по Аветисову для дали.

- Больного усаживают на расстоянии 5,0м. от таблицы Сивцева.
- Одевают пробную очковую оправу.
- Приставляют к обоим глазам линзы, полностью коррегирующие близорукость.
- Дополнительно приставляют к коррегирующим линзам линзы минус 0,5D.
- Просят пациента рассматривать десятую строчку или максимально большее число строчек в течении 3-4 минут.
- Меняют дополнительные линзы минус 0,5D на минус 1,0D.
- Задание пациенту прежнее. И так постепенно усиливают дополнительные отрицательные линзы до 4D.
- Затем в обратной последовательности уменьшают силу линз до минус 0,5D с интервалом 1-2 минуты.

- Тренировки продолжают 2-3 недели до тех пор, пока пациент с линзами, превышающими рефракцию на 4,0D не рассмотрит девятую или десятую строчку. Эту тренировку назначают при ЗОА равном нулю.

2. Тренировка "зоркость" для близи по Утехину.

- Проводят тренировку во время чтения книжного текста. При близорукости свыше 4,0D без очков, а при меньшей близорукости — с плюсовыми очками, подобранными таким образом, чтобы сумка рефракции глаза плюс очки была равна 4,0-4,5D.

- Один глаз прикрывают. С близкого расстояния от глаза четко видят книжный текст.

- Медленно отодвигают книгу до тех пор, пока чтение не станет затрудненным.

- Читают до тех пор, пока не появится четкость зрения на этом расстоянии.

- Как только зрение прояснилось, книгу отодвигают еще чуть дальше, пытаясь четко рассмотреть текст уже с этого расстояния, таким образом, постепенно отодвигая книгу на максимально возможное расстояние. Тренируют один глаз в течении 12-15 минут.

- Аналогичным образом тренируют и второй глаз.

Тренировки рекомендуют для повышения некоррегированной остроты зрения.

3. Оптическое микрозатуманивание по Дашевскому.

- Тренируют оба глаза одновременно.

- Одевают больному очки плюс 1,5 — плюс 2,0D независимо от величины близорукости.

- Усаживают пациента на таком расстоянии, чтобы он видел первую или вторую строчки таблицы Сивцева.

- Просят пациента постараться рассмотреть максимально большее количество строк.

- Через десять минут уменьшают силу линз на 0,5D, оставив пациенту прежнее задание.

- Далее уменьшают силу линз на 0,5D до нуля с интервалом в пять минут.

Эту тренировку можно сочетать с дивергентной дезаккомодацией, дополнительно приставив к оптическим линзам непосредственно с начала и до конца тренировки оптические призмы силой 3-4 призмные диоптрии основанием к носу.

Эти тренировки назначают для лечения спазма аккомодации, или для повышения некоррегированной остроты зрения. Проводят 5-6 тренировок в неделю, всего до тридцати тренировок.

4. Дистантно-оптическое микрозатуманивание.

- При близорукости пять и более диоптрий тренировку проводят без очков. При меньшей близорукости желательно проводить тренировку в плюсовых очках 1,0-2,0D.

- Тренируют оба глаза одновременно. Крепят на уровне глаз среднего формата заголовочный газетный шрифт.

- Непосредственно вблизи текста пациент видит его хорошо. Отходит до тех пор, пока контуры текста не ступаются.

- Рассматривает текст до тех пор, пока контуры не прояснятся. Как правило, это происходит через 3-5 минут.

- Как только контуры прояснятся, пациент отходит на полшага дальше и постепенно максимально дальше, с таким расчетом, чтобы общая длительность тренировки была 15-20 минут.
- Назначают 4-5 тренировок в неделю. Срок окончания решают индивидуально.

Примерный комплекс упражнений дренажной гимнастики.

1. ИП – лежа на спине. Левая рука на животе, правая на груди. Ножной конец кушетки поднят на животе, правая на груди. Ножной конец кушетки поднят на 30 см. Тренировка брюшного дыхания. Темп медленный, выдох удлинен – 20 – 40 с.
2. ИП – лежа на спине. Кисти рук у плеч. Поднимание локтей через стороны вверх – вдох. Опускание с надавливанием на переднебоковые отделы грудной клетки, поднимание головы вперед – выдох. Темп медленный, выдох удлинен. Повторить 5 – 6 раз.
3. ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Разведение рук в стороны – вдох. Подтягивание руками согнутых ног к груди – выдох. Откашляться. Повторить 5 – 6 раз.
4. ИП – лежа на спине. Ноги согнуты с опорой на стопы. Поднять таз – выдох. Вернуться в ИП – вдох. Темп медленный, выдох удлинен. Повторить 5 – 6 раз.
5. ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Перейти в положение сидя – выдох. Вернуться в ИП – вдох. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный, выдох удлинен.
6. ИП – лежа на спине. Кисти рук в положении «замка» на груди. Круговые движения верхней частью туловища, и поднятыми руками вправо, затем влево, 5 – 6 раз в каждую сторону. Темп средний, дыхание свободное.
7. ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Поднимание рук вверх за голову – вдох. Опускание рук с одновременным подниманием прямой ноги – выдох. Повторить 4 – 5 раз каждой ногой. Темп медленный, выдох удлинен.
8. ИП – то же. Разведение прямых рук в стороны с прогибанием спины – вдох. Сведение рук вперед, скрестить их, поднимая голову и грудь, одновременно сжимание груди кистями – выдох. Откашляться. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный.
9. ИП – то же. Поворот туловища с наклоном его верхней части поочередно вправо и влево, сводя руки, до касания ими пола – выдох. Откашляться. Вернуться в ИП – вдох. Темп медленный. Повторить 5 – 6 раз.
10. ИП – лежа на левом боку. Левая рука над головой, правая вдоль туловища. Поднимание правой руки через сторону вверх – вдох, опускание ее со сжатием ладонью грудной клетки – выдох. Откашляться. Повторить 5 – 6 раз. При локализации процесса в левом легком – то же на правом боку для левой руки и упражнения № 10, 11, 12 и 13.
11. ИП – то же. Круговые движения правой прямой рукой вперед затем назад, 4 – 5 раз в каждую сторону. Темп быстрый, дыхание свободное, рука напряжена.
12. ИП то же. Поднимание правой руки через сторону вверх – вдох. Опускание и подтягивание рукой правой согнутой ноги к груди – выдох. Откашляться. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный, выдох удлинен.
13. ИП – то же. Отведение правой руки в сторону с поворотом верхней части туловища до положения лежа на спине – выдох. Вернуться в ИП, наклон туловища до касания пола рукой – выдох. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный.
14. ИП – лежа на животе. Руки согнуты в локтях с опорой на кисти. Переход в положение упора на коленях, сесть на пятки – вдох, вернуться в ИП с прогибанием спины – выдох. Откашляться. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный.
15. ИП – то же. Отведение руки в сторону с поворотом верхней части туловища – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Повторить 4 – 5 раз в каждую сторону. Темп медленный.

16. ИП – лежа на спине. Левая рука на груди, правая на животе. Тренировка брюшного дыхания 20 – 40 с. Темп медленный, выдох удлинен.

17. ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Поднимание руки вверх за голову вдох. Опускание ее с расслаблением – выдох. Повторить 4 – 5 раз каждой рукой. Темп медленный.

18. ИП – то же. Сгибание и разгибание в локтевых суставах с одновременным сжиманием и разжиманием пальцев рук. Повторить 5 – 6 раз. Темп медленный, дыхание свободное.

Массаж передней части грудной клетки

На передней поверхности грудной клетки кожа легко собирается в складку. Она богата потовыми железами.

В мышечную систему передней части тела входят большие грудные мышцы, под которыми находятся малые грудные мышцы. Боковые поверхности покрыты передними зубчатыми мышцами, ниже которых (ближе к краю реберной дуги) можно прощупать косые мышцы живота. Ниже реберной дуги расположены прямые мышцы живота (рис. 17).

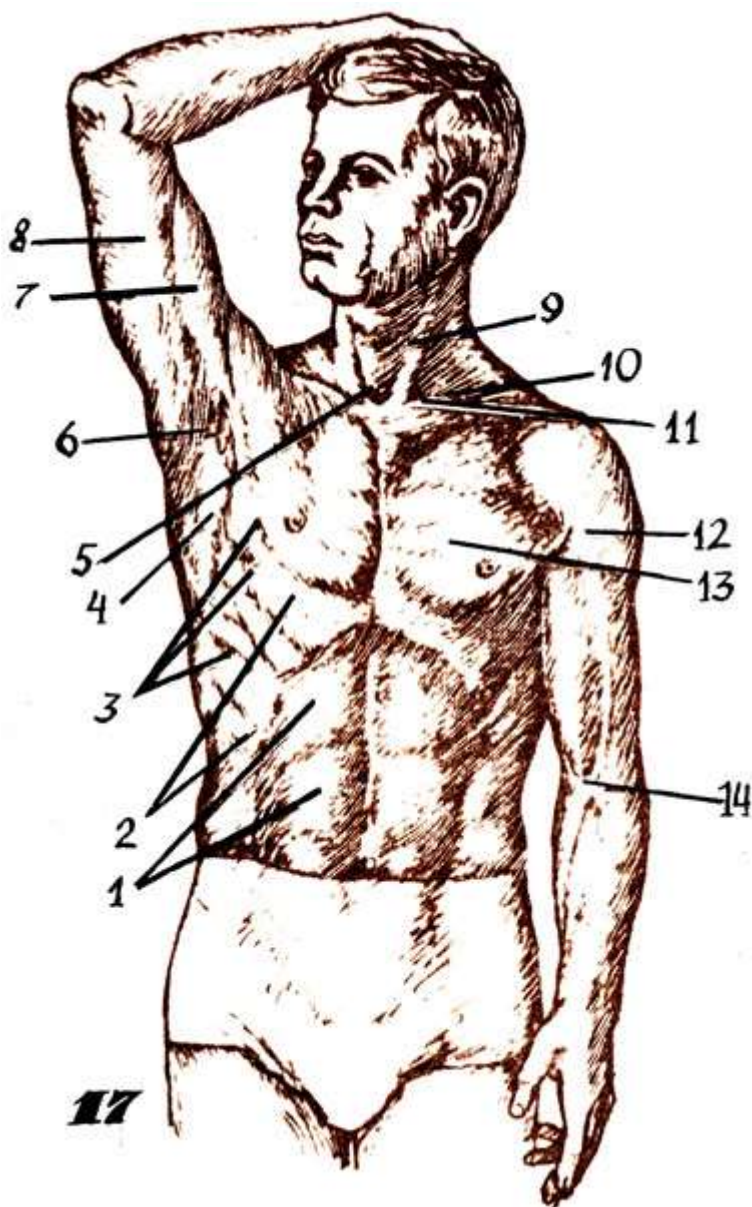


Рис. 17. Рельеф мышц шеи, рук, груди и живота: 1 - прямая мышца живота; 2 - наружная косая мышца живота; 3 - передняя зубчатая мышца; 4 - широчайшая мышца

спины; 5 - яремная ямка; 6 - подмышечная ямка; 7 - двуглавая мышца плеча; 8 - трехглавая мышца плеча; 9 - грудино-ключично-сосцевидная мышца; 10 - трапецевидная мышца; 11 - ключица; 12 - дельтовидная мышца; 13 - большая грудная мышца; 14 - плече-лучевая мышца

В межреберных промежутках расположены два слоя мышц: наружный и внутренний. Между указанными мышцами проходят сосуды и нервы.

В зависимости от назначений лечащего врача грудь массируют в положении пациента лежа на спине, на боку или сидя.

Массажист кладет на поверхность тела пациента ладони и направляет их движение по большой грудной мышце от грудины дугообразно вверх, а на боковых и нижней поверхностях груди - в сторону подмышечной впадины.

Вначале производится поверхностное плоскостное поглаживание. Затем массажист отдельно воздействует на большие грудные, передние зубчатые мышцы, а в отдельных случаях на межреберные нервы.

Для воздействия на большую грудную мышцу массажист, ладонь одной руки направляет от ключицы к подмышечной впадине, а ладонь другой - от грудины в сторону плечевого сустава, применяя приемы поглаживания и кругового растирания.

Переднюю зубчатую мышцу массируют, начиная с боковой поверхности и заканчивая в направлении лопатки, приемами поглаживания, простого растирания и продольного разминания. Пациент при этом лежит на боку, с отведенными за спину руками.

На межреберные мышцы массажист воздействует в положении пациента на спине или сидя. Во втором положении пациент отводит руки в стороны, а массажист стоит за его спиной. Межреберные мышцы массируют пальцами в направлении от грудины к позвоночнику.

Молочные железы массируют по назначению врача, в период грудного вскармливания ребенка. В этом случае применяют нежное поглаживание, растирание и пунктирование (см. выше) в направлении к соску, но не касаясь его.

Заканчивают массаж груди приемами плоскостного и обхватывающего поглаживания (пациент при этом лежит на спине).

Во время массажа груди:

нужно обходить молочные железы;

нельзя интенсивно массажировать грудь у мест прикрепления ребер к груди (эти точки очень чувствительны);

одновременно следует массировать грудной отдел спины.

Массаж грудной клетки не дает должного эффекта, если не будет сочетаться с физическими упражнениями. Это необходимо для укрепления мышц и усиления функции легких

Массаж спины

Кожные покровы на спине отличаются плотностью в области позвоночника, малоподвижностью посредине и хорошей сменяемостью на боковых поверхностях.

Мышцы на спине (рис. 19) расположены поверхностно - трапецевидная и широчайшая (под ними находятся подниматель лопатки, ромбовидные мышцы, а еще глубже задние зубчатые мышцы); глубоко - длинные мышцы (пластырная, крестцово-остистая и поперечно-остистая). Мышцы спины отличаются тем, что их невозможно отвести от костей, к которым они прикреплены.

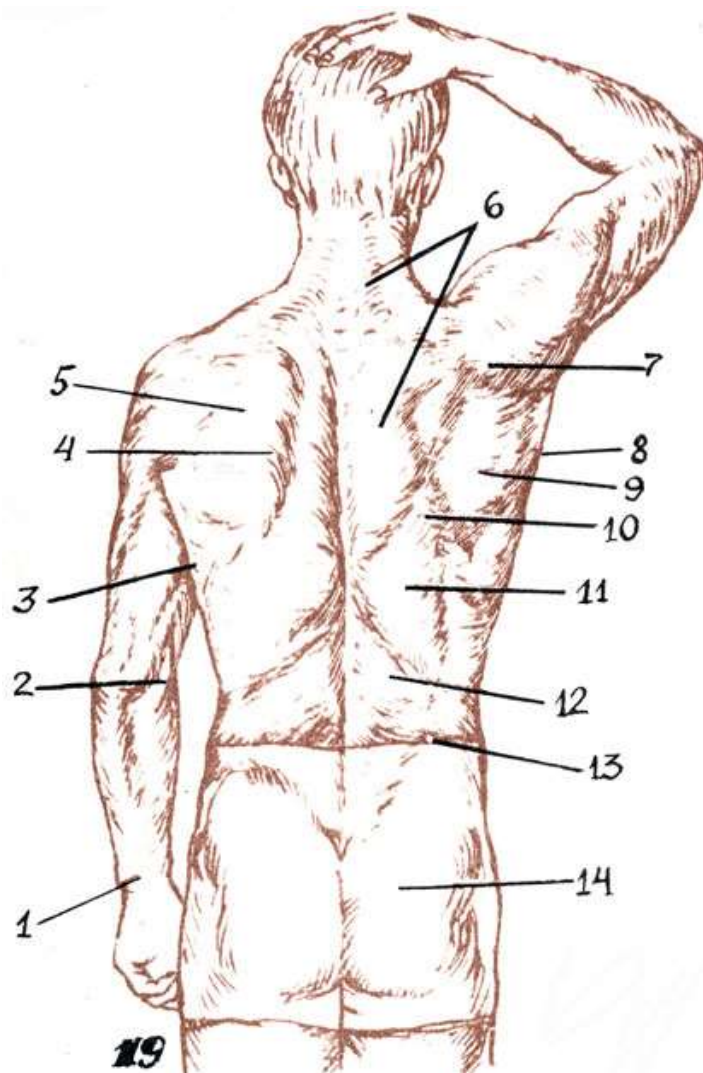


Рис. 19. Рельеф мышц спины: 1 - головка локтевой кости; 2 - локтевой отросток; 3 - трехглавая мышца плеча; 4 - медиальный край лопатки; 5 - дельтовидная мышца; 6 - трапецевидная мышца; 7 - ость лопатки; 8 - большая круглая мышца; 9 - подостная мышца; 10 - ромбовидная мышца; 11 - широчайшая мышца спины; 12 - крестцово-остистая мышца; 13 - средняя ягодичная мышца; 14 - большая ягодичная мышца

Сосуды и нервы спины многочисленны, имеют большое число анастомозов (соединений между собой). Лимфатические сосуды переплетаются, и есть области, из которых одни несут лимфу вверх, а другие вниз; к такой области относится участок книзу от углов лопаток. Имеется точка зрения некоторых ученых, что на спине существуют два противоположных тока лимфы: сверху вниз и снизу вверх. Возможно, одна лимфатическая система расположена под другой в различных плоскостях, и функционируют они независимо друг от друга. Поэтому при проведении массажа было предложено массировать в различных, противоположных направлениях - сверху вниз и снизу вверх (рис. 20).

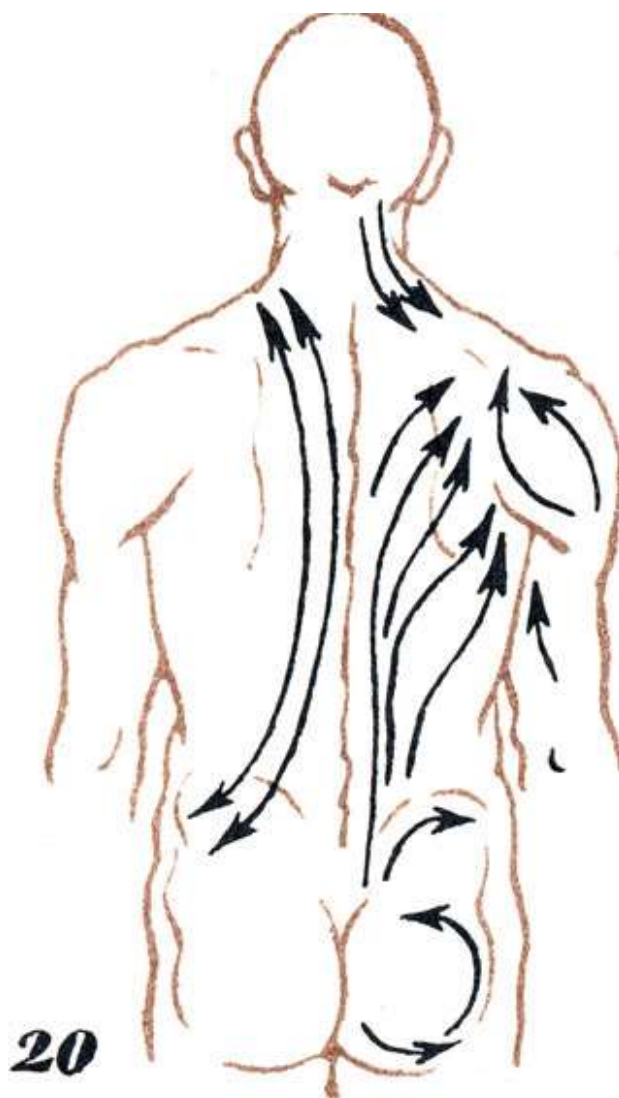


Рис. 20. Направление массажных движений в области спины

Больной при массаже спины лежит на животе, руки уложены вдоль туловища, а голова на маленькой плоской подушке. Под живот и грудь подкладывают подушки или валики.

Можно положить руки вдоль туловища, слегка согнув их в локтях.

При массаже спины вначале воздействуют на кожные покровы, а затем (в зависимости от показаний) избирательно массируют мышцы. Начинают процедуру поверхностным, а продолжают глубоким поглаживанием. При движении вверх от крестца и гребня подвздошных костей, параллельно позвоночнику ладони массажиста достигают надключичных ямок и возвращаются к крестцу. Затем ладони несколько отодвигаются от линии позвоночника и при движении вверх доходят до подмышечных впадин, а при движении вниз - до паховых складок. Таким образом, массажными движениями охватывается вся спина. Крестец массируют, обходя его вокруг приемами поглаживания и растирания, затем идут по крестцу вверх к пояснице.

На спине применяют гребнеобразное поглаживание, глажение, гребнеобразное растирание, пиление локтевым краем кисти, локтевым концом предплечья, рубление, поколачивание. Приемы не должны быть интенсивными в зоне от шеи до подмышечной впадины, т. е. в месте расположения нервных сегментов спинного мозга, направляющих импульсы к сердцу и легким, а также в межлопаточной области. При растирании и разминании действие усиливают, положив одну руку на другую, и выполняют прием в продольном и поперечном направлениях вверх и вниз. После всех приемов повторяют поглаживание.

При показаниях избирательно массируют широчайшие мышцы спины, длинные и трапециевидные мышцы. Широчайшая мышца спины располагается непосредственно под кожей и только сверху прикрыта трапециевидной. Она берет начало от остистых отростков нижних пяти-шести грудных позвонков, всех поясничных, верхних крестцовых, от задней части подвздошного гребня и от четырех нижних ребер, а заканчивается в области плеча. Мышца массируется от середины грудного отдела до крестца. Направление мышечных волокон - от позвоночника наружу, вверх к плечевой кости. Край этой мышцы служит задней границей подмышечной впадины и легко обхватывается и оттягивается при массаже (рис. 21). Массажные движения должны соответствовать направлению мышечных волокон. Руку плотно прикладывают к мышце у остистых отростков пяти поясничных позвонков и ведут в направлении плеча. Большой палец идет вверх вдоль позвоночника до последнего грудного позвонка, а другие пальцы - к задней подмышечной линии, от последнего грудного позвонка руку поворачивают и направляют к подмышечной впадине. У края подмышечной впадины захватывают наружный край мышцы и отжимают ее. Используют также приемы растирания в виде пиления и прерывистую вибрацию (похлопывание).



Рис. 21. Массирование (оттягивание) широчайшей мышцы спины

Под широчайшими мышцами спины лежат длинные мышцы. Они покрыты плотными фасциями. В связи с этим на них трудно воздействовать непосредственно. Длинные мышцы можно заметить по двум валикам, которые располагаются справа и слева от позвоночника и идут от затылочной области до крестца. На всем протяжении длинные мышцы прикреплены к позвонкам и ребрам. Они выполняют функцию разгибателей спины. К длинным мышцам применяются приемы достаточно интенсивного глубокого линейного разминания (в направлении снизу вверх и сверху вниз). В области затылка воздействия должны быть щадящими. Прием выполняется ладонями рук.

От остистых отростков всех грудных позвонков, выйной связки и затылочной кости берет свое начало трапециевидная мышца, которая прикрепляется к наружной части ключицы и всей лопаточной ости. Мышца расположена в области затылка, надлопаточной и подлопаточной областях.

При массировании трапециевидной мышцы движения рук должны соответствовать направлению волокон и начинаться с восходящей части, а продолжаться в средней и нисходящей частях мышцы. Восходящее направление начинается от 12-го грудного позвонка. Большой палец массажиста движется вдоль остистых отростков до 5-го грудного позвонка и далее к акромиальному отростку лопатки. В зависимости от показаний применяются все существующие основные, вспомогательные и комбинированные приемы.

При показаниях массируют места выхода нервных корешков вдоль позвоночника, отступая от средней линии на 2-3 см. Применяют различные приемы вилообразно расставленными 2-м и 3-м пальцами, подушечками 1-х пальцев производят давление от

крестца вверх до затылка, а также по межреберным промежуткам между двумя позвонками и двумя ребрами.

Массажист должен знать, что при похлопывании и рублении в межлопаточной области необходимо соблюдать осторожность. Поколачивание, рубление и похлопывание нельзя применять в области почек.

Проведение аэрозольтерапии (ингаляции)

При проведении и приеме ингаляций необходимо соблюдать ряд правил.

1. Ингаляции следует проводить в спокойном состоянии, без сильного наклона туловища вперед, не отвлекаясь разговорами или чтением во время процедуры. Одежда не должна стеснять шею и затруднять дыхание.



2. Ингаляции принимают не ранее чем через 1,0-1,5 ч после приема пищи или физического напряжения.

3. После ингаляций необходим отдых в течение 10-15 мин, а в холодное время года 30-40 мин. Непосредственно после ингаляций не следует разговаривать, петь, курить, принимать пищу в течение часа.

4. При болезнях носа, околоносовых пазух вдох и выдох следует делать через нос, без напряжения. При заболеваниях глотки, гортани, трахеи, крупных бронхов после вдоха необходимо задержать дыхание на 1-2 с, а затем сделать максимальный выдох. Выдох лучше делать носом, особенно пациентам с заболеваниями

околоносовых пазух, поскольку во время выдоха часть воздуха с лекарственными веществами из-за отрицательного давления в носу попадает в пазухи.

5. При назначении ингаляций антибиотиков следует определить чувствительность к ним микрофлоры и собрать аллергоанамнез. Такие ингаляции лучше проводить в отдельном кабинете. Бронхолитики необходимо подбирать индивидуально на основании фармакологических проб.

6. Во время курса ингаляционной терапии ограничивается прием жидкости, не рекомендуется курить, принимать соли тяжелых металлов, отхаркивающие средства, полоскать перед ингаляцией рот растворами перекиси водорода, перманганата калия и борной кислоты.

7. При использовании для ингаляций нескольких лекарств необходимо учитывать их совместимость: физическую, химическую и фармакологическую. Несовместимые лекарства в одной ингаляции применяться не должны.

8. Важным условием успешной ингаляции является хорошая проходимость дыхательных путей. Для ее улучшения применяют предварительные ингаляции бронхолитиков, дыхательную гимнастику, другие физиотерапевтические методы.

9. Физико-химические параметры (рН, концентрация, температура) используемых для ингаляции растворов лекарств должны быть оптимальными или близкими к ним.

10. Ингаляционная терапия, в особенности при бронхолегочных заболеваниях, должна быть этапной и дифференцированной. В частности при хронических воспалительных заболеваниях легких она включает дренирование или восстановление бронхиальной проходимости, эндобронхиальное санирование, репарацию слизистой оболочки.

11. При комплексном применении физиотерапевтических процедур ингаляции проводятся после светолечения, электротерапии. После паровых, тепловых и масляных ингаляций не следует делать местные и общеохлаждающие процедуры.

АЛГОРИТМ ИНГАЛЯЦИИ

Цель: лечебно-профилактическая процедура, заключающаяся во вдыхании воздуха, естественным или искусственным путем насыщенного лекарственными или иными средствами.

Оснащение: ингалятор, лекарственное средство, мушкетеры, песочные часы.
Действующим фактором в ингаляциях чаще всего являются аэрозоли лекарственных веществ, т.е. мельчайшие частицы твердого вещества или жидкости, взвешенные в газообразной среде

Показания: острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей, бронхов и легких, слизисто оболочки полости рта, для предупреждения и прерывания приступов бронхиальной астмы.

Противопоказания: при кровохаркании, кровотечении, при заболеваниях легких и сердца.

Последовательность действий:



1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.
2. Объяснить цель манипуляции, получить согласие на проведение процедуры.
3. Ознакомиться с назначением врача (вид ингаляции, состав ингаляционной смеси, ее количество, продолжительность процедуры)
4. Проинструктировать больного о поведении и дыхании во время процедуры
5. Заполнить емкость ингалятора назначенным лекарством
6. Усадить больного у ингалятора
7. Включить ингалятор
8. Убедиться в правильном поведении и дыхании больного
9. Вести наблюдение за больным
10. В случае возникновения аллергической реакции прекратить ингаляцию, вызвать врача и действовать по его указаниям.
11. Выключить ингалятор
12. Снять наконечник, замочить в дезинфицирующем растворе форекс хлор дисалит 0,015% на 60 минут.
13. Предложить больному отдохнуть 15-20 минут
14. Предупредить больного о нежелательности курения, громкого разговора и охлаждения в течении 2 час.
15. Зафиксировать процедуру в журнале.

Примерный комплекс лечебной гимнастики для больного язвенной болезнью.

1. ИП – лежа на спине, руки на животе. Поднять руки вверх и за голову – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Упражнение выполняется медленно и ритмично. Повторить 4 – 6 раз.
2. ИП – то же. Брюшное дыхание. При выдохе несколько втянуть живот, при вдохе мышцы живота расслабить. Повторить 2 – 3 раза.
3. ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Одновременное сгибание и разгибание стоп и кистей в кулак. Медленно, ритмично. Дыхание произвольное не задерживать. Повторить 8 – 10 раз.
4. ИП – то же. Медленное поочередное сгибание ног без отрыва стоп от постели. При сгибании – выдох, при разгибания – вдох. Повторить 5 – 6 раз.
5. ИП – то же. Медленно развести руки в стороны – вдох. Вернуться в ИП – выдох. Повторить 4 – 6 раз.
6. ИП – то же. Повороты в правый бок и левый. Поставить левую ногу к ягодице; медленно отталкиваясь левой ногой от постели, повернуться на правый бок. Вернуться в ИП. Дыхание произвольное, не задерживать. Так же повернуться на левый бок. Повторить 2 – 3 раза.
7. ИП – то же. Медленно согнуть ноги и поставить стопы поднять таз, вернуться в ИП. Дыхание произвольное, не задерживать. Повторить 3 – 4 раза.
8. ИП – то же. Расслабить все мышцы, закрыть глаза. Отдых 1 мин.
9. ИП – то же. Одновременное сгибание и разгибание рук в локтевых суставах и кистей в кулак с небольшим напряжением. Повторить 6 – 8 раз.

Алгоритм проведения магнитотерапии.



Цель: применяют с лечебной целью переменное низкочастотное магнитное поле.
Оснащение: сигнальные лампочки индикатора, индукторы, процедурные часы.
Аппараты: «Полус-1» и «Полус-101».

Показания:

- 1.заболевания сердечно - сосудистой системы(ишемическая .болезнь сердца, гипертоническая болезнь 1 стадии);
- 2.заболевания периферических сосудов (облитерирующий эндартерлит, атеросклероз сосудов нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность с наличием трофических язв, тромбофлебит);
- 3.заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка 12-перстной кишки);

Противопоказания:

1.гипотония,нейроциркуляторная дистония с лабильным артериальным давлением, склонность к кровотечениям, гипокоагуляции крови, лица, контактирующие с магнитными полями.

Последовательность действий:

1. Нажать клавишу включения в сеть.
2. После нажатия загорается сигнальная лампочка.
3. Установить форму тока и режим работы.
4. Согласно назначению врача, установить время процедуры. поворотом ручки процедурных часов вправо, до упора.
5. После чего переключатель напряженности магнитного поля зафиксировать на задней ступени, при этом загораются сигнальные лампочки.
6. Используя этот аппарат, можно проводить воздействие с помощью одного или двух индукторов.
7. Индукторы устанавливаются контактно, расположение их может быть продольным или поперечным.
8. По звуковому сигналу окончания времени процедуры медицинская сестра должна повернуть переключатель интенсивности напряжения в крайнее левое положение.
9. Клавишу включения в сеть повернуть в положение «Выкл».
10. Только после этого отвести индукторы от больного
11. По Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010 Санитарно- эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность. Прокладки кипятят в воде 30 минут, отжав перекалывают в сухо жировой шкаф до применения, при температуре 40⁰С.

Массаж живота

Живот ограничен сверху нижним краем грудной клетки, снизу - паховыми связками, верхними углами лобковых костей и гребнями подвздошной кости; по бокам - подмышечными линиями.

Мышечный слой живота состоит из мышц, участвующих в 50 образовании передней и боковых стенок, и мышц, образующих внутреннюю стенку.

Стенки брюшной полости снабжаются кровью от пристеночных ветвей брюшной аорты, внутренней грудной артерии и от пристеночных ветвей наружной и внутренней подвздошных артерий. Отток венозной крови совершается по одноименным венам системы нижней и верхней полых вен, впадающих в правое предсердие.

Лимфатические сосуды из верхней половины передней брюшной стенки несут лимфу в подмышечные узлы, а из нижней - в паховые узлы.

Массаж живота разделяется на массаж брюшной стенки, органов брюшной полости и нервного сплетения (рис. 18).

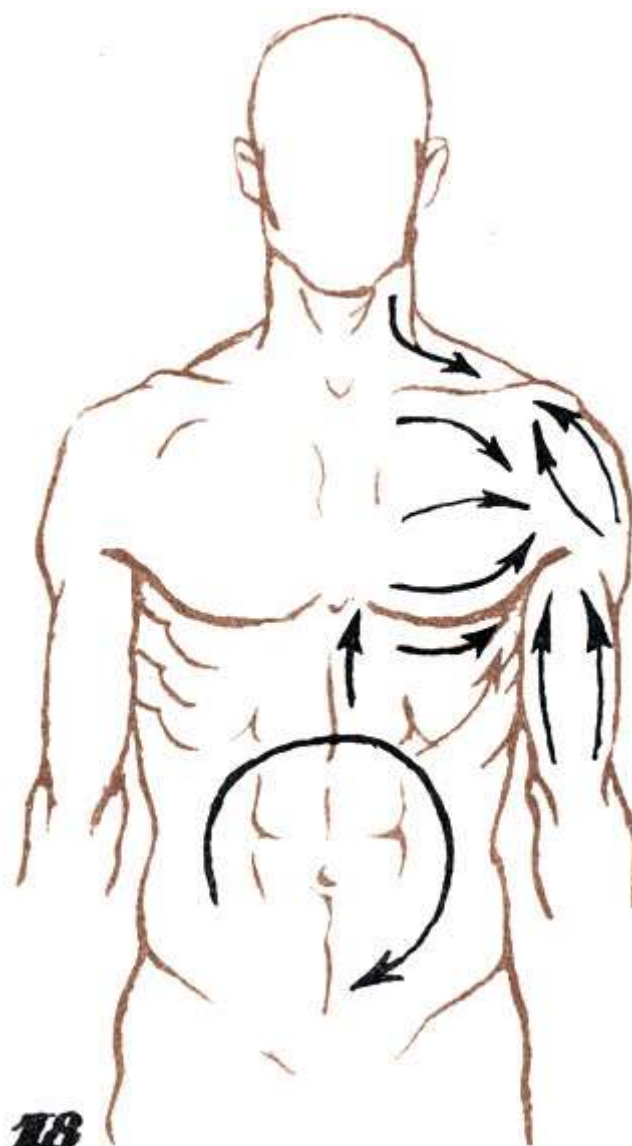


Рис. 18. Направление массажных движений на передней поверхности туловища

Массаж брюшной стенки. Пациент укладывается на спину с приподнятой головой, под колени ему подкладывают валик. Для лучшего расслабления мышц живота можно согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах. Вначале массажист проводит нежное круговое плоскостное поглаживание концами 3-4-го или 2-4-го пальцев вокруг пупка, с опорой на большой палец. После этого ладонью он поглаживает всю поверхность живота. При выраженном подкожно-жировом слое добавляются растирание в виде пиления, штрихования, пересекания и перетирания.

Разминание применяется при показаниях и выполняется продольно, поперечно, с валинием, накатыванием; накатывание проводят двумя руками; тыльной поверхностью сжатой в кулак одной руки вдавливают и накатывают мягкие ткани на ладонь другой. Этим приемом массируют весь живот спереди и с боковых сторон. Растирание проводят от нижнего края ребер в направлении к позвоночнику. Применяют вибрацию в форме пунктирования подушечками пальцев, при хорошей переносимости проводят похлопывание.

Специальное воздействие на прямые мышцы состоит в массаже их в следующей последовательности.

Двумя руками начинают движение от верхнего края лонной кости в направлении вверх к хрящам 5-го и 7-го ребер и мечевидному отростку. Используют приемы щипцеобразного поглаживания, глажения, кругообразного и зигзагообразного

растирания, поперечного разминания с направлением движения снизу вверх и сверху вниз.

Массаж косых мышц состоит в следующем. Ладони кладут на боковые поверхности живота, позади гребней подвздошных костей и применяют обхватывающее поглаживание, а затем растирание, двигая руки к средней линии живота.

В заключение процедуры проводят легкое поглаживание по всей поверхности живота в направлении справа налево подушечками всех пальцев, кроме 1-го, а также ладонью. После этого применяют встряхивание вверх и в стороны. Для этого захватывают правой рукой левую сторону поясничной области пациента, а левой - правую сторону поясничной области. Процедура массажа завершается нежным поглаживанием.

При ожирении рекомендуется проводить массаж живота с вытянутыми ногами. Процедуру начинают с поглаживания в направлении от средней линии к подмышечным впадинам, а в среднем и нижнем отделах - от средней линии к паховым складкам. Глубокое поглаживание проводят по ходу толстых кишок, пиление - локтевым краем кистей, стремясь размять жир. При глубоком массаже мышц живота кисть располагают так, чтобы она касалась стенки живота лучевым краем и, сильно отводя большой палец, медленно двигалась сверху вниз и снизу вверх и как бы раздвигала стенку живота. Особенно показан этот прием при отвисании живота, слабости мышц брюшной стенки. Валяние выполняется ладонью, и движение напоминает раскатывание теста. Необходимо сочетать массаж с физическими упражнениями для брюшного пресса.

Прием минеральных вод

Минеральная вода при лечении заболеваний:

Минеральные источники также разнятся меж собой по составу. Исходя из названных характеристик установить, какая минералка подходит для терапии того или иного заболевания совсем нетрудно:

- Хлоридная хорошо воздействует на обмен веществ, помогает организму справиться с расстройствами в ЖКТ
- Гидрокарбонатную очень хорошо пить при повышенной кислотности в ЖКТ, она прекрасно ее понижает
- Сульфатная используется в лечении и предупреждении СД (сахарного диабета), при ожирении
- Гидрокарбонатно-сульфатную рекомендовано употреблять при гастритах, язвенных болезнях в ЖКТ («Дарасун» «Минская» можно употреблять и «Смирновскую») Если гастриты сопровождаются понижением секреции в желудке, то рекомендуется гидрокарбонатно-сульфатно-хлоридная («Миргородская», «Ессентуки» либо кисловодский «Нарзан») Пациентам с проблемами в кишечнике полезно употреблять хлоридно-сульфатную или гидрокарбонатно-сульфатно-кальциевую
- Если больные почки тогда лучше всего подойдет гидрокарбонатно-сульфатная минералка («Славянская», «Березовская» или «Нафтуса»)
- Есть еще минералка, в состав которой входит железо с йодом, рекомендовано пить пациентам с эндокринными заболеваниями и при анемиях

Как правильно употреблять минеральные воды:

Пить лечебно-столовую воду врачи советуют в теплом виде не газированную. Так, минералка не дает большой нагрузки на работу желудка, не раздражает его, не провоцирует интенсивную неприятную отрыжку. Для простого утоления жажды в знойную погоду можно воспользоваться столовой минералкой из холодильника.

Время приема минеральной воды:

Что касается режима приема минеральных вод, то лучше всего пить ее примерно за полчаса до приема пищи, маленькими глотками. Терапевтический эффект в этом случае будет больше, время действия – длиннее. В таком режиме нужно принимать также минералку при пониженной секреции желудка – она способствует усилению выработке желудочного сока.

При нормальной выработке желудочного сока самим организмом, минералку нужно принимать за 60 минут до еды.

При повышенной кислотности прием рекомендован за 1,5 часа до трапезы, и выпить нужную дозу в один прием, то есть залпом.

При язвах минералку принимать целесообразно только лечебную или лечебно-столовую за 30 минут до принятия пищи. Курс лечения должен составлять не менее 3 недель, иногда может продлевается и до 6 месяцев. Это предотвратит накопление солевых отложений в почках.

Микроволновая терапия СВЧ, УВЧ

Показания: заболевания суставов, заболевания периферических нервов - невралгии, невриты, радикулиты, острые гнойные воспаления кожи и ее придатков (в слабых дозировках), синуситы (при свободном оттоке гноя).



Противопоказания: злокачественные новообразования, склонность к кровотечению, беременность, декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь ПБ и III стадий.

Последовательность действий:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, получить согласие.
2. Предупредить больного об ощущениях, которые он должен испытывать во время светотеплового облучения.
3. Осмотр области облучения, ее обнажения, занятия больным нужной позы
4. Больному придают удобное положение, участок тела, подлежащий воздействию, обнажают.
5. На конце шарнирного держателя закрепляют необходимый излучатель, устанавливая его на расстоянии 5-10 см от подлежащего воздействию участка тела
6. После размещения излучателя на месте воздействия устанавливают процедурные часы на указанное врачом время и включают аппарат.
7. Ручку компенсатора переводят на 1-е деление, что ведет к включению аппарата в сеть; начинает работать и вентилятор, издавая небольшой шум.
8. Пользуясь ручкой компенсатора, добиваются установки стрелки вольтметра на красном секторе шкалы. Через минуту должна загореться зеленая лампочка на панели аппарата.
9. Ручку мощности ставят на первое деление; при этом включается высокое напряжение. Когда появляются СВЧ-колебания, загорается красная лампочка на панели, стрелка ваттметра отклоняется, устанавливаясь на делении 20-30 Вт.
10. Устанавливаю дозировку. Различают три дозировки: малую (стрелка ваттметра на 20-40 Вт, большой среднюю (стрелка ваттметра на 40-50 Вт, большой

ощущает легкое, приятное тепло); интенсивную (стрелка ваттметра на 60-70 Вт, большой ощущает отчетливое тепло).

11. Длительность процедуры 10-30 мин.

12. По истечении времени, установленного на процедурных часах, автоматически разрывается цепь питания промежуточного реле, и высокое напряжение выключается.

13. После этого ручки управления переводят в исходное положение. Если для лечения имеется следующий больной, ручку компенсатора напряжения оставляют включенной.

Аппарат Волна - 2М

Аппарат Волна - 2М представляет собой генератор электромагнитного излучения, позволяющий в терапевтических целях осуществлять дозированное воздействие на пациента электромагнитным полем с частотой 460 МГц.

Рекомендуется для лечения болезней опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и мышц.

Особенности конструкции излучателей, входящих в комплект аппарата, представляют возможность эффективного воздействия на любые участки конечностей: суставов, стоп, кистей.

Дециметровые электромагнитные волны вызывают как осцилляторный так и тепловой эффекты.

Максимальное выделение тепла отмечается в тканях и органах богатых водой - крови, лимфе, мышечной ткани, паренхиматозных органах.

В комплект входят:

- Излучатели диаметром 90 мм, 110 мм, 140 мм.
- Излучатель облегающий, излучатель 205x95 мм.
- Держатели.
- Защитные очки



Цель: применение с лечебной целью.

Оснащение: аппарат Волна – 2М, светозащитные очки, часы.

Показания:

1. Подострые и хронические заболевания органов дыхания (хронические бронхиты, острые пневмонии затяжного течения, хронические пневмонии, бронхиальная астма, активный легочный туберкулез);
2. Заболевания суставов (ревматоидный артрит, остеоартроз с синовитом и без него, периартрит, деформирующий остеоартроз);
3. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника;
4. Заболевания сердечно - сосудистой системы (гипертоническая болезнь I и II стадии, реноваскулярная гипертония, постинфарктный кардиосклероз);
5. Последствия нарушений мозгового кровообращения и операций на сосудах головного мозга;
6. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, состояние после операции по поводу язвенной болезни и холецистэктомии, гастродуоденит, холецистит; заболевания придатков и простаты (хронический аднексит, хронический простатит);

Противопоказания:

злокачественные новообразования, склонность к кровотечениям, беременность, декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь II и III стадий.

Последовательность действий:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, получить согласие.
2. Предупредить больного об ощущениях, которые он должен испытывать во время электромагнитного облучения.
3. Осмотр области облучения, ее обнажении, занятии больным нужной позы
4. Больному придать удобное положение, участок тела, подлежащий воздействию, обнажают.
5. На конце шарнирного держателя закрепляют необходимый излучатель, устанавливая его на расстоянии 5-10 см от подлежащего воздействию участка тела
6. После размещения излучателя на месте воздействия устанавливают процедурные часы на указанное врачом время и включают аппарат.
7. Длительность процедуры 10-30 мин.
8. По истечении времени, установленного на процедурных часах, автоматически разрывается цепь питания промежуточного реле, и высокое напряжение выключается.
9. Обработать аппарат 70% спиртом дважды, высушить его

Парафиновые (озокеритовые) аппликации местно или на поясничную область

1. Подогреть парафин на водяной бане или в парафинонагревателе до температуры 50 – 55 °С (парафин) или 45 – 55 °С (озокерит). Следить за тем, чтобы в парафин не попала вода.
2. Нанести парафин на патологический очаг по одной из нижеизложенных методик.
3. Укутать пациента специальным ватником.
4. По окончании процедуры удалить застывший парафин.

5. Промыть парафин на сите под сильной струей воды и просушить(если он не соприкасался с раневой поверхностью).
6. Стерилизовать при температуре 110 – 120 °С в течение 10 мин.
7. Остудить.

ЛФК, массаж

Общий массаж применяется при нарушениях жирового обмена, после перенесенных заболеваний, у ослабленных больных, при невращении со снижением работоспособности, т. е. во всех тех случаях, когда нужно поднять тонус нервной, сердечнососудистой и мышечной системы.

Существуют правила последовательности массажа отдельных частей тела. Массированию подвергаются спина, надплечье, задняя поверхность шеи; задняя поверхность ног; передняя поверхность ног; живот; грудь; передняя поверхность шеи; руки.

Возможен и другой порядок, когда общий массаж завершается массажем шеи, а в остальном сохраняется вышеприведенная последовательность. В послеоперационном периоде целесообразно придерживаться следующей последовательности: ноги, руки, грудная клетка и шея, живот, спина.

Массаж спины проводят обеими руками, располагая их по бокам крестца и направляя вверх. Применяют поглаживание, в том числе гребнеобразное (или глажение) в чередовании с обхватывающим непрерывистым поглаживанием, полукружное и зигзагообразное растирание; движение ведут вверх и вниз.

Специальное воздействие оказывают на область, расположенную между 12-ми ребрами и гребнем подвздошных костей. Применяют на спине разминание и вибрацию рублением и похлопыванием, снижая интенсивность воздействия в межлопаточной области. В области шеи применяют поглаживание, круговое растирание.

Массаж ног начинают по их задней поверхности от стопы (область пяток) и продолжают вверх, включая и ягодичную область. Применяют обхватывающее непрерывистое и прерывистое поглаживание, полукружное растирание в чередовании с поглаживанием. После такого общего воздействия массируют отдельно все сегменты с избирательным воздействием на крупные мышцы. При этом пользуются методикой отсасывающего массажа и массируют последовательно ягодичцы, бедро, голень, стопу, стараясь больше всего промассировать крупные мышцы. Применяются, все существующие приемы массажа (в зависимости от показаний). При этом обращается особое внимание на места перехода мышц в сухожилия, так как здесь часты патологические отклонения при нарушении обмена. На передней поверхности ног также вначале проводят общее воздействие, а затем массируют отдельные участки, а при необходимости и суставы.

Заключают эти процедуры воздействием на соответствующие сегменты ног приемом рубления в области нижнегрудного и верхнепоясничного отделов позвоночника приемом поглаживания поверхности обеих ног и активными упражнениями для всех суставов ног.

Затем приступают к массажу живота. Его проводят после расслабления мышц. Применяют круговое поглаживание ладонной поверхностью 2-3-го пальцев вокруг пупка и, постепенно отодвигая руки, схватывают весь живот, направляя движение по часовой стрелке. Применяется также растирание, а при ожирении - разминание, вибрация с раскачиванием живота вверх и вниз, в стороны. Завершается массаж живота поглаживанием. Внутренние органы массируют при специальных показаниях.

При массаже грудной клетки применяют поглаживание, встряхивание, легкое похлопывание, а при отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы - рубление. Шею массируют путем легкого поглаживания. При массаже рук применяются все приемы массажа в зависимости от показаний. Вначале проводят общее поглаживание и растирание от концов пальцев вверх, включая плече-лопаточный пояс, массируют одной

рукой, а другой фиксируют кисть. После этого руку встряхивают 4-5 раз и приступают к воздействию на отдельные сегменты с выделением крупных мышц. Массаж проводят последовательно от вышележащих к нижележащим сегментам: надплечье, плечо, предплечье, кисть. При специальных показаниях массируют суставы. После этого также оказывают воздействие на соответствующие сегменты, массируя область спины от плеч до угла лопаток. Завершают массаж общим поглаживанием всей руки, встряхиванием ее и активными физическими упражнениями для всех суставов.

Общий массаж лучше всего проводить утром после легкого завтрака. Ослабленным больным общий массаж проводится по щадящей методике перед обедом.

Интенсивность воздействия и длительность процедуры постепенно увеличиваются. Общий массаж вначале проводится в течение 15-20 минут, а в дальнейшем 40-50 минут, не чаще двух раз в неделю.

При ухудшении самочувствия, появлении слабости и других неприятных ощущений продолжительность процедуры уменьшается или массаж временно отменяется.

После процедуры больному рекомендуется отдых лежа в течение 15-30 минут. До процедуры отдых в течение 10-15 минут должны соблюдать больные с заболеваниями сердечнососудистой системы.

Мы полагаем, что нет необходимости для широких показаний к назначению общего массажа. Более целесообразно и эффективно применение массажа отдельных частей тела в сочетании с лечебной гимнастикой, физическими методами лечения, назначаемыми с учетом клинических форм поражения и особенностями действия лечебных факторов.

Наши многолетние наблюдения за больными с заболеваниями и травмами нервной системы, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов показали возможность эффективного применения различных методик массажа в комплексном лечении без применения общего массажа.

В заключение необходимо подчеркнуть, что вышеописанная общепринятая техника классического массажа отдельных частей тела была предложена Б. А. Штанге в 1889 г. и базируется на теории лимфообращения в организме. В соответствии с этой теорией все массажные движения выполняются по ходу тока лимфы и в направлении к ближайшим лимфатическим узлам. На руках это направление идет к локтевым и подмышечным узлам; на ногах - к подколенным и паховым узлам; на груди - от грудины (в обе стороны) к подмышечным узлам; на спине - влево и вправо от позвоночника, при массаже верхней и средней частей спины - к подмышечным узлам, при массаже поясничной и крестцовой областей - к паховым узлам; на шее, голове движения идут вниз к подключичным узлам. Лимфатические узлы не массируются.

Техника массажа, предложенная Б. А. Штанге, дополненная И. В. Заблудовским (1913) и другими авторами тех лет, является общепризнанной и по настоящее время.

При выборе наиболее эффективной последовательности назначения процедур массажа необходимо принимать во внимание также действие других, методов, применяемых в комплексном лечении.

Составление меню-раскладки

Порядок выписки питания для пациентов в ЛПУ

Учет диет в отделениях ведется палатными медицинскими сестрами, ежедневно сообщающими старшей медицинской сестре отделения количество пациентов и их распределение по диетам. На основании данных сведений старшая медицинская сестра отделения составляет "Порционник на питание", который подписывается ею, заведующим отделения и передается на пищеблок медицинской сестрой диетической.

МЕНЮ-ПОРЦИОННИК НА « _____ » _____ 20__ г. (расчетный лист)										
УТВЕРЖДАЮ (главный врач)										
Номер блюда по картотеке	Наименование приема пищи и блюдо	Номер диеты	Количество порций	Наименование и вес продуктов (г)			Вес готовой порции		Фамилия повара	Оценка блюда
				масло	яйца	молоко	по норме	фактический		
15	Завтрак Омлет паровой и т, д.	1,13	25	10/250	2/50	6/1 500	125		Сидоров	
	Итого на завтрак									
	Обед и т, д.									
	Всего на день									
Врач-диетолог		Диетсестра (заведующая кухней)				Калькулятор				

Лечебный душ

Цель улучшение тонуса мышц и работу сердечно-сосудистой системы, водный массаж

Показания

К показаниям для проведения душа Шарко относятся:

- целлюлит;
- нарушения в работе нервной системы;
- незначительные сердечно-сосудистые нарушения;
- остеохондроз;
- заболевания суставов;
- синдром хронической усталости;
- ожирение;
- реабилитационный период;
- вегето-сосудистая дистония;
- заболевания желудочно-кишечного тракта.

Противопоказания для проведения процедуры душа Шарко

- дерматологические заболевания;
- беременность;
- слабые кровеносные сосуды;
- варикоз;
- тяжелые сердечно-сосудистые патологии;
- онкологические заболевания;

Техника проведения процедуры душа Шарко

Одновременно на тело воздействуют с помощью двух струй воды, постепенно снижая её температуру с 40 до 20 градусов.

- процедура душ Шарко заключается в специфической обработки кожи пациента водными струями довольно сильной мощности.

- расстояние от пациента до душевой кафедры при проведении процедуры душа Шарко составляет от 3 до 5 метра. Струя воды, направляемая на тело пациента, может быть как веерной, так и компактной. Температура воды при проведении душа Шарко колеблется в пределах от 32 до 40 градусов.

- одновременно на тело воздействуют с помощью двух струй воды, постепенно снижая её температуру с 40 до 20 градусов;

- струя в виде веера направляется на человека сзади, а затем спереди, в направлении с головы до ног;

- после этого прямой струёй воды врач прорабатывает спину, начиная с ног, после этого струя переводится на спину, руки, плечи;
- пациент поворачивается лицом к душе, прорабатываются ноги, область живота;
- завершается сеанс ополаскиванием веерной струёй душа Шарко.

Расстояние от пациента до душевой кафедры при проведении процедуры душа Шарко составляет от 3 до 5 метра.

Курс процедур душа Шарко составляет в среднем 15-20 сеансов.

После проведения процедуры душа Шарко

Процедура душа Шарко занимает 15 минут. За эти 15 минут организм получает достаточно ощутимую пользу: улучшается самочувствие, кровообращение, состояние кожного покрова, а также иммунной системы, а метаболизм на клеточном уровне становится более интенсивным.

Кроме того, душ Шарко положительно влияет на нормализацию веса, помогает устранить целлюлит, благотворно влияет на состояние нервной системы.

Доказано положительное влияние душа Шарко при целлюлите, поскольку данная процедура стимулирует расщепление жировых отложений. Широко используется душ Шарко для похудения, ускоряя обменные процессы в организме.

Алгоритм проведения процедуры ультразвуковой терапии или ультрафонофореза.

1. Используются аппараты типа УЗТ или ЛОР.
2. Проверить аппарат на исправность. Существует два способа проверки аппаратов. При первом способе проверки излучатель помещают в стакан с водой. При работе аппарата в режиме с непрерывной интенсивностью 0,4 – 0,6 Вт/см², в стакане должны появиться пузырьки воздуха, оседающие на поверхности излучателя. При втором способе проверки на рабочую поверхность излучателя наносят несколько капель воды или вазелинового масла. Если аппарат исправен, то после его включения наблюдается подпрыгивание, «кипение» этих капель. Проверку мощности прибора осуществляет техник один раз в месяц.
3. Ознакомиться с назначением врача.
4. Получить устное согласие пациента на проведение процедуры.
5. Помочь пациенту принять удобную для проведения процедуры позу.
6. Предупредить пациента о том, что во время процедуры пациент будет ощущать лёгкое тепло (появление жжения или боли свидетельствует о нарушении правил проведения процедуры).
7. При непосредственном воздействии на кожу нанести контактную среду : растительное масло, вазелин, глицерин, если это ультрафонофорез – лекарственную форму(мазь или раствор).при большой неровности, для лучшего контакта кожи и излучателя, например, фаланги пальцев или кисть, можно использовать воду, налитую в фаянсовую ванночку. При этом вода должна быть дегазирована кипячением и температурой в пределах 32 - 36°С.
8. При воздействии через воду в воду погружают участок, подлежащий воздействию, и ультразвуковой излучатель должен находиться на 1 – 2 см от поверхности кожи.
9. Перед включением в сеть один из излучателей подключают к гнезду аппарата.
10. Включают аппарат в сеть. Загорается сигнальная лампочка.
11. Нанести на кожу контактную среду.
12. Нажатием соответствующих клавиш устанавливают интенсивность работы, режим работы, номер излучателя, заводят процедурные часы.
13. Процедуру проводят по стабильной или лабильной методике.
14. По окончании процедуры выключить аппарат .
15. Удалить с поверхности излучателя контактную среду.
16. Обработать излучатель 96°раствором спирта.

17. Сообщить пациенту о времени следующей явки.
18. Отметить в процедурном листе о выполненной процедуре.

Фототерапия(светолечение)

Показания:

- заболевания опорно-двигательного аппарата,
- заболевания периферической нервной системы,
- миозиты,
- спастические параличи,
- отиты,
- пневмонии,
- ОРЗ и др.

Противопоказания: принятые для физиотерапевтических процедур.

1. Синяя лампа (рефлектор Минина) Ясное солнышко



Цель: применение с лечебной целью.

Оснащение: аппарат рефлектор Минина, светозащитные очки, часы

Преимущества

- останавливает воспалительные процессы и укрепляет иммунитет,
- особенно эффективна при лечении простуды и насморка у детей,
- не вызывает побочных эффектов,

- не имеет ограничений по возрасту,
- оснащена удобной рукояткой для самолечения,
- превращает лечение в простую и приятную процедуру,
- улучшает настроение и повышает жизненный тонус.



Показания:

1. ЛОР-заболевания, особенно у детей (насморк, ларингит, тонзиллит, гайморит, отит, ОРВИ, простуда, протекающая без повышения температуры);
2. заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата и состояния после травм: остеохондроз, остеопороз, артроз, артрит, боли, отеки тканей, переломы, растяжения, разрывы связок;
3. заболевания нервной системы (невриты, плекситы, радикулиты, неврозы);
4. желудочно-кишечные патологии и сердечная недостаточность (ишемическая болезнь, миокардиты);
5. депрессия, снижение работоспособности, иммунитета, упадок сил, синдром хронической усталости.

Противопоказания:

Высокая температура, онкологические заболевания.

Последовательность действий:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом, получить согласие.
2. Предупредить больного об ощущениях, которые он должен испытывать во время инфракрасного излучения.
3. Осмотр области облучения, ее обнажении, занятии больным нужной позы
4. Больному придать удобное положение, участок тела, подлежащий воздействию, обнажают.
5. После размещения излучателя на месте воздействия устанавливают процедурные часы на указанное врачом время и включают аппарат.
6. Длительность процедуры 10-30 мин.
7. По истечении времени, установленного на процедурных часах, автоматически разрывается цепь питания промежуточного реле, и высокое напряжение выключается.
8. Обработать аппарат 70% спиртом дважды, высушить его.

Грязелечение

Грязевые аппликации

- Грязевой препарат при помощи кисточки (или рукой) нанести на больной сустав или участок тела (с захватом здоровых областей).
- Сверху, с целью предотвращения подсыхания препарата, обернуть (или накрыть) область аппликации пленкой (клеенкой).
- Во время проведения процедуры медицинская сестра должна контролировать пульс и дыхание больного.
- Длительность процедуры 20-25 минут. После окончания процедуры препарат смыть теплой водой, вытереть тело.
- После этого необходимо одеться и отдохнуть 30-40 минут.

Грязеразводные ванны на минеральной воде.

- При проведении грязеразводных ванн на минеральной воде эмалированную емкость заполняют 170 л подогретой до 35-36 °С минеральной водой.
- Затем в ванну добавляют 1-1,5 л разбавленного в 5 раз исходного препарата в виде раствора «ТОМЕД-АКВА» (исходное количество 300 мл), после чего добавляют воду температуры 35-36 °С в ванну до объема 200 л.
- Больной погружается в ванну до уровня сосков.
- Продолжительность проводимых через день процедур 12-18 мин (частичных ванн – до 20 мин), курс – 8-10 процедур. Если целью ванны является косметическое воздействие на кожу у здорового пациента, то длительность ванны может быть до 25 минут.

Алгоритм Дарсонвализации

Дарсонвализация — это метод физиотерапии, основанный на использовании импульсного тока высокой частоты (110—400 кГц), высокого напряжения (десятки тысяч вольт) и малой силы (до нескольких миллиампер).



Рис. 1.
Конденсаторные вакуум-
электроды для местной
дарсонвализации:

- 1.гребешковый;
- 2.прямокишечный;
- 3.ушной;
- 4.грибовидный;
- 5.сердечный;
- 6.коагуляционный

Рис. 4. Аппарат «Вихрь-1» для общей дарсонвализации



рук

Цель: Лечебное действие при местной дарсонвализации оказывают импульсный высокочастотный ток, проходящий через все тело пациента, и электрический разряд, возникающий между кожей больного и вакуум-электродом; При общей дарсонвализации лечебное действие оказывает наведенный на тело пациента по закону электромагнитной индукции высокочастотный ток

Рис. 5. Дарсонвализация



Оснащение:

Аппарат «Искра-1» для местной дарсонвализации.

Аппарат «Вихрь-1» для общей дарсонвализации

Продолжительность процедур при местной дарсонвализации от 3 (например, при дарсонвализации век) до 30 мин. (например, при начальных формах облитерирующего эндартериита); при общей дарсонвализации — 10—15 мин. Проводят их ежедневно или через день, в среднем 15—20 процедур на курс лечения.

Показания:

Местная дарсонвализация показана при заболеваниях периферических нервов, сосудов и мышц с болевыми явлениями, при нарушениях трофики тканей, заболеваниях

кожи и волос с нарушением их питания, хронических воспалениях придаточных полостей носа.

При общей дарсонвализации нормализуется функциональное состояние вегетативной нервной системы, повышается обмен веществ, снижается повышенное артериальное давление. Общие воздействия показаны при гипертонической болезни в ранних стадиях, некоторых неврозах.

Противопоказания:

Злокачественные опухоли, доброкачественные опухоли в месте проведения процедуры, эпилепсия, кардиоаритмия, беременность, тромбофлебит, туберкулёз лёгких и некоторые другие. Также противопоказанием является использование кардиостимулятора.

Последовательность действий:

1. Для проведения процедуры применяют аппарат «Искра -1».
2. Перед проведением процедуры проверить аппарат на исправность. Для этого необходимо соединить провод резонатора с выходным отверстием на аппарате, включить мощность, настройку и поднести резонатор к корпусу аппарата (при этом через несколько минут между аппаратом и резонатором должен появиться искровой разряд).
3. Вывести все показатели в крайнее левое положение.
4. Перед началом процедуры ознакомиться с назначением врача .
5. проинформировать пациента о ходе процедуры и его ощущениях во время процедуры.
6. В резонатор аппарата вставить вакуумный электрод нужной формы (грибовидный, десенный, расческу, полостной или ушной). Обработать электрод спиртом.
7. На поверхность кожи нанести контактную среду (крахмал, тальк, при полостных процедурах – вазелин)
8. Включить «сеть».
9. Выставить необходимую степень мощности.
10. Включить аппарат, настроить его , поднеся к корпусу аппарата .
11. Электрод перемещают по телу пациента (контактная методика) или на расстоянии от тела на 1-2 см (бесконтактная методика).
12. По окончании времени процедуры , «вывести» мощность в нулевое положение, выключить «сеть».
13. Отметить в направлении о выполнении процедуры .
14. Сообщить пациенту о времени и дате следующей явки.
15. Обработать электрод под проточной водой с мылом, высушить его, обработать 70% спиртом

Примерный комплекс релаксационно-респираторной гимнастики для больных бронхиальной астмой (средней тяжести)

Описание упражнений

Дозировка

Методические указания

ИП – сидя. Откинувшись на спинку стула, ноги удобно полусогнуты. Брюшное дыхание (живот приподнять – вдох, живот втянуть – выдох), пауза

ИП – сидя без опоры на спинку стула. Поочередное поднятие рука вверх – вдох, медленное опускание – выдох, пауза

ИП – сидя. Руки на коленях. Сгибание и разгибание стоп

ИП – сидя. Руки на поясе. Отведение рук назад – вдох, опускание рук – выдох, пауза

ИП – сидя, откинувшись на спинку стула. Вращение стоп

ИП – сидя, Руки опущены назад. Махи руками вперед, назад

ИП –сидя без опоры на спинку стула. Кисти рук у плеч. Круговое движение и плечевых суставах назад, затем вперед

ИП – лежа на левом боку. Левая рука под головой. Поднять правую руку через сторону вверх - вдох, опустить и поднять согнутую ногу (правую) к животу, полный выдох

ИП – то же. Повернуться на спину с отведением правой руки – вдох, возвратиться в ИП, наклониться влево до касания рукой пола – полный выдох

ИП – лежа на спине. Руки вдоль туловища. Поочередно отводить правую и левую руки в сторону – вдох, возвращаясь в ИП (и расслабляясь) – выдох

ИП – то же. Тыльное сгибание стоп и разгибание кистей рук – вдох, расслабляя мышцы, вернуть стопы ног и кисти рук в ИП – выдох с расслаблением мышц туловища

ИП – то же. Активное расслабление мышц тела , спокойное дыхание
4 раза

2 – 3 раза

10 -15 с

4 раза

8 раз в каждую сторону

5 – 6 раз

8 раз в каждую сторону

5 – 6 раз

5 – 7 раз

4 -5 раз

6 – 8 раз

5 – 7 мин

Вдох плавно через нос, выдох спокойно через рот

В момент паузы расслабление мышц рук и пояса верхних конечностей

С убыстрением темпа, дыхание произвольное

На вдохе прогнуться, на выдохе расслабиться

Дыхание произвольное

То же

После упражнения откашляться

То же

Глаза открыты, в конце упражнения откашляться

Отработка методик аутогенной тренировки и релаксации.

Аутогенная тренировка состоит из двух этапов (ступеней).

Задачей первого этапа является способность контролировать главным образом соматические функции (поэтому Шульц назвал его «организмическим»).

Второй этап преследует цель овладения способностью контролировать психические функции, однако этот этап методически весьма сложен, трудоёмок, показания к его применению очень ограничены и нечётки. В связи с этим в детском и подростковом возрасте он практически не применяется. Одновременно с освоением формул первого и второго этапа больной вызывает у себя ощущение полного спокойствия.

Первый этап

- Я совершенно спокоен
- Моя правая (левая) рука тяжёлая.
- Моя правая (левая) рука тёплая.
- Сердце бьётся спокойно и сильно.
- Я дышу совершенно спокойно.
- Солнечное сплетение излучает тепло.
- Мой лоб приятно прохладен.

Второй этап

- Я совершенно спокоен
- Представить конкретный цвет
- Представить определённый объект.
- Внутренне показать абстрактные явления (счастье, красота и пр.).
- Внутренне переживать желаемое чувство.
- Вызывать образ другого человека.

На освоение каждой формулы первого этапа, согласно Шульцу, требуется 2 недели. В большинстве современных модификаций это время сокращается до 7–8 дней. Занятия проходят 2–3 раза в день. Не освоив одну формулу, нельзя переходить к другой. Освоение проходит последовательно от первой к шестой формуле.

Отработка приемов и методов психологической реабилитации, психотерапевтических бесед

Методы психотерапии:

Самовнушение. Говоря о самовнушении, необходимо подчеркнуть особую роль второсигнальных раздражителей в регуляции функций организма человека, которая была убедительно показана представителями отечественной физиологии и неврологии И.М. Сеченовым, И.П. Павловым, В.М. Бехтеревым, К.И. Платоновым.

Условнорефлекторная терапия — психотерапевтические тренировки. Обучающий характер и этапность, лежащие в основе функциональной тренировки, ее направленность на повышение активности больного сближает этот метод с индивидуальными приемами аутогенной терапии (рис. 9-3.)



Рис. 9-3. Основные составляющие элементы психотерапевтического воздействия и источники аутогенной тренировки (цит. по Лобзину В.С. и др.).

Гипноз — самостоятельный психотерапевтический метод. Вместе с тем, многие исследователи отмечают целесообразность комбинированного или сочетанного применения аутогенной тренировки и гипноза, которые в ряде случаев является весьма эффективным

Активная регуляция мышечного тонуса. Теоретическое обоснование этого метода состояло в том, что произвольное расслабление мускулатуры сопровождается снижением нервно-эмоционального напряжения и оказывает седативный эффект.

Рациональная психотерапия — это свод общих принципов взаимоотношений фельдшера и больного. Трудно представить фельдшера, который бы в процессе психотерапии не обращался к разуму больного, не разъяснял в той или иной степени сущности и возможных причин болезненного состояния, не указывал пути преодоления болезни.

Аутогенная тренировка по своему происхождению, структуре и механизмам действия является синтетическим методом, удачно объединившим в себе положительные стороны ряда психотерапевтических приемов. К психологическим аспектам аутогенной тренировки относят:

- воспитание у больного навыков «образных представлений»;
- аутогенная медитация (meditation — размышление, созерцание), аутогенное погружение;

- выработка навыка мобилизации психофизиологического состояния и т.д.

Аутогенная тренировка строится в соответствии с этапами ЛФК (Демиденко Т.Д. и соавт., 1979):

- I период (основной), его задача — обучение больных активному расслаблению мышц;

- II период — использование идеомоторных упражнений в аутогенной тренировке с целью локализованного воздействия на изолированные группы мышц на фоне их общего расслабления;
- III период — использование идеомоторных упражнений с целью активизации больных и овладения навыками правильной ходьбы и самообслуживания.

ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

Основные приемы

Выслушивание - чтобы облегчил клиент душу, нашел собственное решение своих проблем

Снятие синдрома исключительности (банализация проблемы)- обесценить ситуацию делая ее заурядной

Приземление проблемы- пример: человеку с физическими недостатками нужно объяснить что многие люди тоже ведут сидячий образ жизни.

Конкретизация действий- начинать дело с того, что лежит под руками не рассуждать, а действовать. Разработать план

Доведение до абсурда- сгущая краски довести проблему до масштабов вселенной пока он не станет смеяться. Сравнение с теми, кому еще хуже

Помощь другим- переключить со своей проблемы на заботу о других (при депрессии)

Обесценивание проблемы в масштабах жизни- пример: что такое генерал против величием природы

Поиск положительных моментов или вспоминание прошлого опыта решения аналогичных проблем (для психастеников)

Использование притч, поговорок и пословиц – пример: «что сделано, то сделано»

А чтобы вы сами себе посоветовали, если бы ...- чтобы возложить на клиента ответственность

Терапия будущим (надежды)- нынешние трудности временны и не напрасны

Частные приемы

Бред галлюцинации- 1. переубеждать бесполезно,
2. говорить спокойным голосом

Самоубийство- 1. проявлять сочувствие,
2. стать своим, играть на его стороне,
3. найти положительные моменты в сложившейся ситуации (как вам удалось выжить после такого!),
4. попросить его о помощи, чтобы он почувствовал что кому- то нужен,
5. разговор вести на том расстоянии, на котором ему удобно, постепенно сближая дистанцию.

Апатия (она возникает после длительной, напряженной, но безуспешной работы или неудачи. Человек при этом перестает видеть смысл своей деятельности, чувствует усталость. Апатия может перерасти в депрессию)- дать отдохнуть или отвлечь на какую- то деятельность (погулять)

Ступор- 1. подстроить свое дыхание под его ритм,
2. говорить пострадавшему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные) т.е. необходимо любыми средствами вызвать реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Двигательное возбуждение- 1. говорить спокойным голосом о чувствах которые он испытывает (ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего)

2. Не спорить, не задавать вопросов

Агрессия- 1. дать возможность выпустить пар (избить подушку),
2. физические нагрузки,
3. не обвинять его самого, а высказываться только по поводу его действий (тебе хочется все разнести, давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации)

4. разрядить обстановку смешными комментариями или действиями,
5. предупредить о наказуемости агрессивных поступков.

Страх- 1. положить руку пострадавшего себе на запястье (я сейчас рядом с тобой),
2. побуждать пострадавшего дышать с собой в одном ритме

Нервная дрожь- 1. прижимать к себе пострадавшего,
2. потрясти пострадавшего 10- 15 секунд,
3. говорить чтобы он взял себя в руки, дать возможность отдохнуть.

4. укрыть чем- то теплым,

Плач- 1. взять пострадавшего за руку,
2. выслушать,
3. повторять отрывки фраз в которых он выражает свои чувства,
4. дать возможность выплакаться, выговориться,
5. не задавать вопросов, не давать советов.

Истерика (*театральные позы*)-

1. совершить действие, которое может сильно удивить (дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, крикнуть),

2. говорить короткими фразами (умойся, выпей воды),

3. уложить спать

Смертельная болезнь- 1. поощрять мысль об уходе, а не о смерти,
2. побуждать, чтобы пострадавший рассказывал о различных эпизодах своей жизни, задумывался об успехах,

3. исполните его давние желания,

4. составить план незаконченных дел

Смерть близкого- 1. говорить об умершем в прошедшем времени,
2. привлекать к организации похорон,
3. дать побыть одному,
4. физические нагрузки,
5. объяснить, что окончание скорби- это не то же самое, что забыть любимого человека

Насилие связанное с угрозой для жизни (*при этом меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями*)- 1. дать возможность общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию,

2. обратиться к приятным образам из прошлого,

3. сводить разговоры о событии с описания деталей на чувства.

Сексуальное насилие- 1. не обвинять пострадавшего в случившемся,
2. побуждать говорить не столько о конкретных деталях,
сколько об эмоциях

Посттравматический синдром- 1. побуждать заниматься делами, которые приятны пострадавшему,
2. создать условия для душевного разговора,
2. не отталкивать пострадавшего, даже если он отталкивает вас.

Обучение пациента самоуходу

Этапы обучение пациента:

1. Сбор информации о пациенте (обследование) и оценка исходного уровня знаний и умений пациента или его родственников. При каждом контакте с пациентом, начиная с первичного, медицинская сестра получает о нем какую-либо информацию. Таким образом, сбор информации о пациенте является непрерывным. Всю эту информацию медицинская сестра анализирует и оценивает.

Она определяет, имеются ли у пациента знания и умения, касающиеся его состояния, желает ли он или его близкие получить соответствующие знания и умения, способен ли пациент к обучению, в состоянии ли он обучаться и т.д.

2. Определение проблем пациента. Собрав и оценив информацию, медицинская сестра выделяет сестринскую проблему. После этого она должна определить способы решения данной проблемы, что и будет являться содержанием следующих этапов обучения пациента.

3. Определение целей обучения пациента, планирование его содержания. Перед составлением плана обучения пациента медицинская сестра должна поставить перед собой определенные цели. Формулировка целей обучения должна быть ориентирована на три сферы: познавательную, эмоциональную и психологическую. Цели отражают то, что необходимо сделать пациенту, чтобы достичь результата. Грамотно поставленная цель должна содержать три компонента (аспекта):

1) то, что необходимо сделать пациенту (то, что он должен суметь сделать, понять и т.д.), т.е. результат обучения;

2) временные рамки — интервал времени (или конкретная дата), в течение которого будет достигнута цель обучения (к 3-м суткам, через неделю, к концу месяца);

3) с помощью кого или чего цель будет достигнута (самостоятельно, с помощью родственников, при помощи костылей).

Формулировка целей в приведенной ситуации может быть следующей: в познавательной сфере, психологической сфере, эмоциональной сфере.

В любом случае цели должны быть конкретными, реальными и достижимыми.

После определения целей обучения пациента медицинская сестра планирует содержание и методы обучения. В план включаются время и продолжительность обучения.

Содержание обучения пациента может быть различным: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни пациента.

Медицинская сестра должна привлекать пациента к составлению индивидуального плана обучения, учитывая его личностные особенности, социальные условия, интерес к изучаемым вопросам и физическое состояние.

4. Реализация плана обучения пациента. Для реализации намеченного плана медицинская сестра совместно с пациентом и/или его родственниками создают благоприятную для обучения обстановку, выбирают время его проведения. Если микроклимат помещения неблагоприятен

(плохое освещение, низкая температура, наличие посторонних) или состояние пациента оставляет желать лучшего (больной расстроен, у него усилились боли, одышка), то обучение лучше отложить.

Для успешного обучения пациента можно использовать следующие методы:

- демонстрация — медицинская сестра показывает навыки самоухода или взаимоухода (чистка зубов, определение ЧДД, использование костылей, инъекции, измерение артериального давления и т.д.); четкая повторяющаяся демонстрация каждого этапа навыка является важным средством достижения целей обучения;

- консультирование — медицинская сестра наблюдает со стороны, как пациент выполняет конкретный навык и при затруднении или на сложных этапах оказывает ему консультативную помощь;

- разыгрывание ролей — очень эффективный метод обучения, особенно социальным навыкам; при этом методе лучше осознаются возможности пациента и трудности самоухода в бытовой обстановке, вырабатываются новые навыки (умение завести разговор, уверенно вести себя в конкретной обстановке), повышается уровень самосознания, находят новые решения проблемы.

Схема обучения состоит из пяти этапов:

- 1) изложение необходимой информации;
- 2) повторение пациентом всего, что он запомнил;
- 3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить;
- 4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медицинской сестрой навыка;
- 5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом навыка от начала до конца.

Каждая ступень этой схемы может повториться по несколько раз, пока пациент не усвоит запланированный материал. Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к устойчивому навыку.

В процессе обучения пациента необходимо постоянно поддерживать у обучаемых интерес, задавать им наводящие вопросы или строить беседу по принципу «вопрос — ответ», подчеркивать информацию, важную для пациента. В конце беседы важно коротко повторить всю основную информацию.

Медицинской сестре нужно убедиться, что обучаемые правильно поняли передаваемую информацию. Для этого она систематически проверяет и оценивает их знания и умения.

5. Оценка результатов обучения пациента. После реализации плана обучения медработник оценивает результат, т.е. соотносит его с поставленными целями.

Проведение психотерапевтических бесед с тяжелобольными и умирающими пациентами

Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение: "Человек всегда умирает в одиночку" нередко понимают слишком буквально и

оправдывают им защитное отгораживание от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного.

- К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.

- Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности.

- На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.

- Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей.

- Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится.

- Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьшает диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, — это наша личность. Конечно, мы не представляем собой идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

Алгоритмы ухода за стомами.

Алгоритм ухода за трахеостомой:

Цель: облегчить дыхание больного и уход за ним

Подготовка:

- Установить с пациентом доверительное отношение
- Объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее

проведение

Оснащение:

- трахеотомическая трубка;
- стерильные марлевые салфетки;
- спирт;
- ершик;
- мыльный раствор;
- емкость с дез. раствором;
- перчатки; маску;
- 0,02% раствор фурацилина;
- стерильный лоток;
- стерильный пинцет;
- стерильные ножницы;
- стерильный шпатель;
- пасту Лассара;
- контейнер для мусора и ширму.

Последовательность действий:

- поставить ширму
- вымыть руки (гигиенический уровень)
- надеть перчатки и маску

- отвести запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх»;
- взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами и плотно зафиксировать в руке;
- извлечь за «ушки» в направлении «от себя» дугообразным движением внутреннюю трубку из основной трубки;
- обработать внутреннюю трубку и отмыть ее от корок и слизи ершиком в емкости с мыльным раствором;
- промыть трубку под проточной водой;
- обработать трубку 0,02% раствором фурацилина; просушить трубку стерильной салфеткой;
- фиксировать пластинку наружной трубки большим и указательным пальцами правой руки;
- ввести в отверстие наружной трубки внутреннюю трубку, фиксируя ее и перевести замок-флажок в положение «вниз»;
- чтобы избежать мацерации кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу;
- положить в стерильный почкообразный лоток достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина и используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы этими шариками, затем стерильными салфетками нанести пасту Лассара;
- снять перчатки и опустить их в контейнер;
- вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки;
- убрать ширму и заполнить документацию:

Внимание!

- Чтобы трубка не смещалась при кашле и беспокойном поведении пациента, ее фиксируют с помощью тесемок, которые привязывают к ушкам на щитке трубки и завязывают сзади на шее.
- Так как при дыхании через стому воздух не увлажняется и не согревается, необходимо поддерживать влажность воздуха в палате путем развешивания влажных простыней или накладывания на стому двухслойной, смоченной водой стерильной салфетки, которую меняют по мере высыхания.
- Посоветовать пациенту во время прогулки в зимний период накладывать на отверстие трубки двухслойную марлевую повязку, а в летний период — повязку следует увлажнять водой.
- Колебание, поднесенной к стоме ниточки говорит о свободном дыхании
- Пищу пациент должен принимать спокойно, не разговаривая и не смеясь.

Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010г- Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Алгоритм ухода за колостомой:

Цель: проведение искусственной дефикации

Подготовка:

- установить с пациентом доверительное отношение
- объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение;

Оснащение:

- однокомпонентный и двухкомпонентный калоприемник;
- стерильные марлевые салфетки;
- 3% раствор перекиси водорода;
- пасту Лассара;
- бумажный мешок для использованного калоприемника;

- мерку (трафарет), емкость с дезинфицирующим раствором;
- шпатель;
- перчатки;
- фартук; клеенку;
- стерильное вазелиновое масло;
- стерильные пинцеты;
- контейнер для мусора и ширму:

Последовательность действий:

- поставить ширму;
- вымыть руки, надеть перчатки, маску и фартук.

Внимание!

Возможные осложнения (механическое раздражение кожи при смене калоприемника, раздражение кожи применяемыми химическими веществами, отклеивание пластины, грубая деформация кожи вокруг стомы, длительный срок наложения клеящей пластинки).

Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010г- Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Алгоритм ухода за гастростомой:

Цель: питание пациента

Подготовка:

- установить с пациентом доверительное отношение
- объяснить механизм проведения процедуры и получить согласие на ее проведение

Оснащение:

- стерильный лоток;
- стерильные марлевые салфетки;
- кожные антисептики;
- паста Лассара;
- емкость с дезинфицирующим раствором;
- шпатель;
- перчатки; лейкопластырь;
- контейнер для мусора и ширму:

Последовательность действий:

- поставить ширму;
- вымыть руки (гигиенический уровень), надеть перчатки, маску и фартук;
- вытереть кожу вокруг стомы, используя сухие марлевые салфетки;
- обработать кожу вокруг стомы марлевой салфеткой, смоченной антисептиком, или вымыть с мылом;
- промокнуть сухими стерильными салфетками кожу вокруг стомы;
- отработанные марлевые салфетки поместить в контейнер;
- нанести на кожу вокруг стомы с помощью шпателя пасту Лассара;
- вокруг стомы на кожу наложить 4 стерильные марлевые салфетки в виде «штанишек»;
- большой стерильной салфеткой (с вырезанным посередине отверстием для трубки стомы) прикрыть марлевые салфетки;
- зафиксировать большую салфетку с помощью лейкопластыря, не допуская складок вокруг стомы;
- помочь пациенту занять удобное положение, удостовериться, что он чувствует себя удовлетворительно; собрать мусор в контейнер;
- снять перчатки и опустить их в контейнер, вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки;

- убрать ширму и заполнить медицинскую документацию.

Внимание!

Обработку кожи вокруг стомы осуществляют ежедневно, поскольку желудочный сок, попадая на кожу, вызывает ее раздражение.

Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010г- Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Алгоритм ухода за цистостомой

Цель: Предупреждение воспаления кожи вокруг цистостомы.

Оснащение:

- раствор фурацилина 1:5 000,
- нитрата серебра 1:5 000 или калия перманганата бледно-розового цвета;
- 3 % раствор перекиси водорода;
- 96% спирт;
- шприц Жане;
- стерильный пинцет;
- стерильные ватные шарики и марлевые салфетки;
- мочеприемник;
- водяная баня;
- контейнер для мочи;
- лейкопластырь или специальный пояс с отверстием, резиновые перчатки.

Последовательность действий:

- Через свищ проводят и оставляют в мочевом пузыре катетер Пещера или Малекко, имеющий расширение на конце, препятствующее его выпадению.
- Манипуляцию выполняют в перчатках.
 1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл.
 2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пещера.
 3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.
 4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.
 5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.
 6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.
 7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.
 8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или биндажом.

Примечание.

Для лучшего оттока мочи через цистостому (эпидистостому) рекомендуется поворачивать пациента со спины на бок, если он сам не может повернуться.

Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010г- Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Алгоритм проведения дидинамотерапии.(ДД токи)

1. Используют аппараты «Тонус-1», «ДТ-50», «СНИМ-1»,
2. Перед началом работы проверить аппарат на исправность.
3. Ознакомиться с направлением врача: видом тока, местом воздействия, наличием болевого синдрома. Выбрать необходимую комбинацию токов.
4. Проинформировать пациента о ходе процедуры, о его ощущениях во время процедуры, получить его устное согласие на ее проведение.
5. Осмотреть кожные покровы пациента в месте приложения электродов.
6. Приготовить гидрофильные прокладки: намочить их в горячей воде и отжать.
7. Наложить прокладки на тело пациента в соответствии с данной методикой.
8. Сверху прокладок наложить свинцовые пластины, соединенные токонесущим проводом с аппаратом.
9. Закрепить электроды на теле пациента мешочками с песком или резиновыми бинтами.
10. Проверить, чтобы переключатель силы тока находился в крайнем левом положении.
11. Включить аппарат в сеть (должна загореться сигнальная лампочка).
12. Установить вид тока (ДН), полярность (+), завести процедурные часы (1-2 минуты).
13. Сообщив пациенту о том, что он сейчас будет ощущать вибрацию, напоминающую электромассаж, плавно увеличить силу тока до выраженных, но безболезненных ощущений у пациента.
14. По истечении времени (1-2 минуты) отключить силу тока, переключить полярность (), затем увеличить силу тока до ощущений выраженной безболезненной вибрации. Засечь время (1-2 минуты).
15. По окончании времени отключить силу тока и переключить вид тока (КП), затем увеличить силу тока в зависимости от ощущений пациента, установить время (3-4 минуты).
16. Повторить п. 14, изменив время до 3-4 минут.
17. По окончании процедуры отключить силу тока до 0, выключить кнопку «сеть», снять электроды с тела пациента.
18. Отметить в процедурной карте о прохождении процедуры.
19. Сообщить пациенту о времени следующей явки.

Алгоритм проведения амплипульстерапии при болевом синдроме.

1. Перед началом работы проверить аппарат на исправность.
2. Используют аппарат «Амплипульс-4», «Амплипульс-5», «Амплипульс-7».
3. Ознакомиться с направлением врача.
4. Получить устное согласие пациента на проведение процедуры.
5. Проинформировать пациента о ходе процедуры, его ощущениях во время процедуры.
6. Проверить, чтобы все выключатели находились в крайнем левом положении.
7. Включить кнопку «сеть».
8. Установить род работы (3), режим работы (синусоидальный), интервал повтора посылок импульсов (2-3 сек.), частоту (75-100-150 Гц.), глубину модуляций (30%).
9. Выставить диапазон (до 20 МА применяют в детской практике, до 80 МА- у взрослых).
10. Включить кнопку «пациент включен».

11. Медленно вращая потенциометр увеличивать силу тока в зависимости от ощущений пациента (должна быть выраженная безболезненная вибрация).
12. Укрыть пациента. Засечь время процедуры (3-5 минут).
13. По истечению времени , вращая ручку потенциометра против часовой стрелки , убрать силу тока до 0.
14. Переключить род работы на 4-ый, оставив без изменения остальные показатели.
15. Увеличить силу тока до выраженной безболезненной вибрации. Выставить время (3-5-минут).
16. После истечения времени отключить силу тока, кнопку «пациент отключен», сеть.
17. Снять электроды с тела пациента.
18. Сообщить пациенту о времени следующей явки на процедуру.
19. Провести обработку гидрофильных прокладок.

Обработка гнойных ран, пролежней

Сначала производят:

- пункции суставов
- плевральной полости
- лапароцентез
- новокаиновые блокады
- снятие швов с ран
- смену повязок у пациентов на 2-3 сутки после операции
- смену повязок у пациентов с 3 и далее дней
- удаление дренажей

В небольших отделениях, где имеется только одна перевязочная, в конце работы перевязывают пациентов с гнойными ранами. Желательно иметь перевязочную со своим штатом (перевязочная медсестра и санитарка) для проведения перевязок гнойных ран. Последовательность перевязок определяется характером, количеством гнойного отделяемого, наличием некрозов, гнойных затеков, свищей. В первую очередь перевязывают пациентов с заживающими гнойными ранами, в последнюю — с каловыми свищами.

При перевязке пациентов с анаэробной инфекцией предпринимаются дополнительные предосторожности.

Перевязки, как правило, проводит лечащий врач, а сестра помогает ему. Отдельные перевязки сестра может делать самостоятельно. Перевязки выполняются с помощью инструментов.

Показание: соблюдение асептики при перевязке раны.

Оснащение:

- пинцеты.
- бикс с перевязочным материалом
- антисептические средства
- 1% йодоната
- 1:1000 фурацилина
- 0,5% этиловый спирт
- 0,5% хлоргексидина биглюконата
- 70% этиловый спирт;
- 3% перекись водорода;
- 0,5% раствор перманганата калия

Последовательность действий

1. Помочь пациенту снять одежду и лечь на перевязочный стол.
2. Накрыть пациента до пояса чистой простыней.
3. Налить в стерильные банки антисептические средства.
4. Снять старую повязку пинцетом вдоль раны, придерживая пинцетом с сухим шариком кожу, не давая ей тянуться за повязкой.

Примечание. Присохшую повязку рекомендуется отслаивать шариком, смоченным в 3% растворе перекиси водорода. Прочно присохшую повязку на кисти или стопе лучше удалять после применения ванны с теплым 0,5% раствором перманганата калия.

5. Осмотреть рану и окружающую ее область.
6. Проводить туалет кожи в окружности раны стерильными шариками, смоченными 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата.

Примечание. Протирать кожу от краев раны к периферии.

7. Обработать края раны. промокательными движениями стерильным шариком, смоченным 1% раствором йодоната, затем шариком, смоченным 70% спиртом.
8. Сменить пинцет
9. Наложить стерильные салфетки на раневую поверхность
10. Зафиксировать стерильные салфетки клеевой или бинтовой повязкой, в зависимости от области поражения.

По Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010 Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Профилактика пролежней, алгоритм выполнения

Цель: Предупреждение омертвления мягких тканей в местах их длительного сдавления.

Показания: Постельный режим больного.

Оснащение.

- Противопрележневый матрас;
- ватно-марлевые подкладные круги;
- резиновый круг в наволочке;
- вазелин;
- 1 % раствор столового уксуса;
- портативная кварцевая лампа;
- чистое мягкое махровое полотенце.

Техника выполнения профилактики пролежней.

1. Моют и сушат руки, надевают перчатки.
2. Пациента поворачивают на бок.
3. Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой или раствором уксуса.
4. Обсушивают кожу сухим полотенцем.
5. Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.
6. Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным

маслом.

7. Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.

8. Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.

9. Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.

10. Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.

11. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.

12. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

Примечание. Перчатки обрабатывают, погружая в дезинфицирующий раствор. Сан Пин 2.1.3.2630-18.05.2010г- Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющих медицинскую деятельность.

Обработка кожи тяжелобольных.

Цель. Соблюдение личной гигиены тяжелобольного; профилактика пролежней.

Показания. Постельный режим пациента. Пациенты, находящиеся на полупостельном режиме, ухаживают за собой сами.

Оснащение.

- Таз с маркировкой «Для умывания»;
- кувшин или чайник с теплой водой (+35...+38 °С) с маркировкой «Для умывания», тазик с горячей водой (+45...+50 °С);
- салфетка или кусок ваты;
- полотенце;
- присыпка,
- стерильное масло;
- 10% камфорный спирт или 1 % раствор уксуса.

Техника выполнения обработки кожи тяжелобольным:

1. Ставят таз на табурет у края кровати пациента.

2. Если пациент сам может повернуться на бок, то просят его сделать это и помогают больному вымыть руки над тазом, почистить зубы, умыться. Медицинская сестра держит кувшин, подает зубную пасту, стакан с водой, полотенце.

3. Если пациент не может сам повернуться на бок, то выполняют следующие манипуляции: Моют одну руку больного в тазу водой с мылом. Переносят таз на другую сторону кровати и моют другую руку. Ногти на руках стригут овально.

Выполняют туалет лица:

- Обтирают его влажной салфеткой, затем сухим полотенцем.
- Убирают подушки, снимают с пациента рубашку.
- Смачивают салфетку в тазике с горячей водой и отжимают ее.

- Обтирают переднюю поверхность туловища пациента, обращая внимание на естественные складки кожи на шее, под молочными железами, в подмышечных впадинах, в паховых складках.
 - Тщательно вытирают кожу полотенцем.
 - Складки кожи обрабатывают присыпкой или смазывают стерильным маслом для профилактики опрелостей.
 - Пациента поворачивают на бок. При необходимости санитар помогает и поддерживает больного.
 - Влажной горячей салфеткой обтирают кожу спины, обращая особое внимание на места образования пролежней (затылок, лопатки, крестец, ягодицы).
 - Кожу тщательно высушивают полотенцем и растирают, если отсутствуют нарушения ее целостности, болезненность. Тепло салфетки и растирание вызовут прилив крови к коже и подлежащим тканям.
 - Если пациента нельзя поворачивать на бок, то его укладывают на секционный матрас.
 - Уход за кожей осуществляют, убирая одну секцию за другой.

Примечания. Кожу пациентов нужно обмывать ежедневно. Также ежедневно на ночь следует мыть пациенту ноги, поставив таз с водой на сетку кровати. Предварительно матрас заворачивают валиком к ногам и прикрывают его клеенкой. Ногти на ногах стригут по прямой.

При длительной неподвижности пациента необходимо проводить профилактические мероприятия для предотвращения образования пролежней.

Трудовые рекомендации для инвалидов

Реабилитация инвалидов – сложнейшая многоаспектная проблема, в которой в равной мере значимы медицинские, профессиональные, трудовые аспекты.

Инвалид обладает, в сравнении со здоровым человеком, ограниченной возможностью трудиться. При этом в условиях рыночной экономики он должен быть конкурентоспособным на рынке труда..

Обширная проблема инвалидности почти всецело решается на основе самого затратного механизма льгот. Установление группы инвалидности несет за собой юридическое право на ту или иную льготу, которая чаще способствует не включению инвалида в экономическую жизнь общества, а изоляции в обществе.

Проблема инвалидности превратилась в сугубо затратную сферу деятельности и практически не рассматривается в контексте экономики.

Профессиональная, трудовая реабилитация крайне важна для инвалидов, но она теряет всякий смысл, если не сопровождается последующим гарантированным трудоустройством на постоянную работу.

Инвалиды в большей степени, чем здоровые люди, нуждаются в социальной и экономической защите, помощи, поддержке. Вместе с тем инвалидам необходима такая помощь, которая бы стимулировала их активность и препятствовала развитию иждивенческих тенденций.

Право на труд инвалид может реализовать только с учетом индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР), которая определяется на основе заключения медико-реабилитационной экспертной комиссии (далее – МРЭК).

ИПР является своего рода вторым паспортом для человека с инвалидностью при трудоустройстве на работу.

Именно рекомендации, связанные с состоянием здоровья, должны лежать в основе трудовых рекомендаций ИПР, а не обязательные указания, устанавливающие профессиональную и трудовую жизнедеятельность человека. С правовой точки зрения такая позиция в большей степени соответствует реализации основных прав человека.

Несмотря на то что рациональным было бы именно фактор только рекомендаций положить в основу трудовых рекомендаций для инвалида в подборе подходящей работы, учреждения МРЭК идут по другому пути – называют одну-две должности (специальности), которые может выполнять проходивший МРЭК гражданин, не оставляя за ним права на выбор.

На деле МРЭК определяют лишь гипотетическую возможность трудовой деятельности, причем зачастую независимо от способностей, желаний и имеющихся образования, квалификации, и потому никак не связанную с реальной возможностью трудоустройства. В то же время типичным стало предоставление инвалидам рабочих мест, требующих низкой квалификации, предусматривающих монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату.

Инвалиды массово стремятся всеми правдами и неправдами получить III степень нарушения способности к трудовой деятельности, которая позволяет получать более высокую пенсию, но совершенно исключает их трудоустройство. Вместо стимулирования инвалидов к трудовой деятельности получен противоположный результат.

Нынешняя система жестко привязывает группу инвалидности, которая определяет уровень пенсии по инвалидности, а также выплаты с учетом степени ограничения способности к труду, к тому, может ли гипотетически быть трудоустроен инвалид или нет. Если МРЭК допускает возможность трудоустройства инвалида, она устанавливает ему III группу инвалидности, что значительно уменьшает объем пенсии и дополнительных выплат. В основе такого подхода лежит субъективизм лиц, принимающих решения, что в значительной степени ущемляет интересы инвалидов.

При этом в обществе сформировалось устойчивое мнение, что для удовлетворения потребностей инвалидов достаточно выплачивать им незначительную пенсию. Это полностью исключает возможность проведения эффективной реабилитации инвалидов и не согласуется как с Конституцией РФ так и с международными документами, в том числе Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятыми в 1993 г. ООН.

У любого цивилизованного общества существуют обязанности в отношении своих членов, которые в силу различных причин (старости, инвалидности и т.д.) не в состоянии обходиться без посторонней поддержки. Но при этом общество не должно диктовать, определяя совокупность потребностей инвалидов и пути их удовлетворения – оптимальных с точки зрения не самих инвалидов, а других членов общества.

С учетом этого подхода, на основе партнерских отношений и следует формировать социальную политику государства в отношении инвалидов. Тогда у инвалида и у общества будут взаимные права и обязанности.

Заполнение журнала учета первичных больных, журнал учета процедур по кабинетам

Журнал учета процедур

Кабинет _____
Начат "... " _____ 20 . . г. Окончен "... "
_____ 20 . . г.

Примечание:

Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

В крупных лечебно-профилактических учреждениях отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры.

№ _____

ФИО больного _____

Наименование процедуры (препарат)

Количество назначенных процедур _____

Доза _____

Даты проведения
процедур _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 029/у ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОЦЕДУР

Журнал учета процедур является оперативным документом, служащим для регистрации отпускаемых процедур.

Журналы ведутся медицинскими сестрами во всех кабинетах поликлиники, где проводятся процедуры, и отделениях стационара.

Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

В процедурных кабинетах крупных лечебно-профилактических учреждений отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры.

Фамилия больного вписывается в журнал в текущем порядке только один раз, в день производства первой процедуры.

Если курс процедур не исчерпывается 19 процедурами, на которые рассчитана страница журнала, то больные, продолжающие лечение, вносятся в журнал учета процедур вторично.

Измерение температуры процедурой не считается. Процедуры, проведенные лично врачом, в журнале не учитываются, отметки о их проведении делаются в медицинских картах амбулаторного или стационарного больного. По поликлиникам они учитываются как посещения к врачу в «Ведомости учета работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» (форма № 039/у)

Заполнение процедурной карточки больного (форма 044/у)

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Форма № 044/у

_____ Утверждена Минздравом СССР
наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030

КАРТА
больного, лечащегося в физиотерапевтическом
отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного № _____

Лечащий врач _____

Фамилия, имя, отчество _____

Из какого отделения (кабинета) направлен больной _____

Диагноз _____

подчеркнуть заболевание, по поводу

которого больной направлен на физиотерапию

Жалобы больного _____

Место проведения процедуры: кабинет,
перевязочная, на дому (подчеркнуть) нарисован человек
Виды лечения, назначенные помимо вид вид
физиотерапии (в том числе и медика- спереди сзади
ментозные) _____

Эпикриз:

Врач-физиотерапевт

Оборотная сторона ф. № 044/у

и т.д. до конца страницы

Для типографии!

при изготовлении документа формат А5

Рассмотрен на заседании ЦМК клинических дисциплин №
Протокол № 3/10.02.2024.

Председатель  В.Н.Грядунова



Согласовано:
Л.С.Кравченко

Составитель: Тихомирова Л.С. преподаватель

Сборник алгоритмов выполнения манипуляций рекомендован для преподавателей и студентов при изучении ПМ05 Медико-социальная деятельность МДК 05.01 Медико-социальная реабилитация по специальности 31.02.01 Лечебное дело углубленной подготовки

**Инструкция по заполнению учетной формы № 044/у
КАРТА БОЛЬНОГО, ЛЕЧАЩЕГОСЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ
ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ)**

Карты ведутся во всех лечебно-профилактических учреждениях амбулаторных и стационарных, имеющих физиотерапевтические отделения (кабинеты).

Карта заполняется на каждого больного, принятого на лечение физиотерапевтическим отделением (кабинетом).

На каждого больного заполняется только одна карта, независимо от количества и видов назначенных процедур.

На лицевой стороне карты отмечаются виды, количество и дозировка назначенных процедур, на обороте — фактически выполненные процедуры.

*Карты используются для заполнения сведений о работе физиотерапевтических отделений (кабинетов) в отчете лечебно-профилактического учреждения по ф. № 30.**