Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**Сборник ситуационных задач по сестринскому уходу при неврологических заболеваниях**

учебное пособие для внеаудиторной (самостоятельной) работы студентов 2−3 курса, обучающихся по специальности

34.02.01 − Сестринское дело

Красноярск

2015

УДК

ББК

С

**Сборник ситуационных задач по сестринскому уходу при неврологических заболеваниях:** учеб. пособие для внеаудитор. (самост.) работы студентов 2 –3 курса, обучающихся по специальности 34.02.01− Сестринское дело / сост. А.А. Соловьёва, Г.В. Селютина, Б.В. Кудрявцева; Фармацевтический колледж. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2015. − 147 с.

**Составители:** Соловьёва А.А.

Селютина Г.В.

Кудрявцева Б.В.

В учебном пособии представлено 50 ситуационных задач с эталонами ответов для формирования у обучающихся профессиональных компетенций по таким разделам неврологии, как основные неврологические синдромы, заболевания нервной системы, сестринский процесс у неврологических больных и принципы оказания неотложной помощи при критических неврологических состояниях. Ситуационные задачи моделируют будущую профессиональную деятельность и могут быть использованы для контроля усвоения материала, самостоятельной работы в процессе подготовки к занятиям и выполнения алгоритмов необходимых процедур по уходу за неврологическими пациентами. Учебное пособие предназначено для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 2−3 курса. Пособие полностью соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта (2009) среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 – Сестринское дело.

**Рецензенты:** ассистент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, к.м.н., Бархатов М.В.

заведующий кафедрой сестринского дела и клинического

ухода КрасГМУ им. проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого,

к.м.н., доцент Турчина Ж.Е.

Рекомендован к изданию по решению методического совета

(Протокол № \_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.)

КрасГМУ

2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение4

Раздел 1. Общие вопросы невропатологии

# Тема 1.1. Общая симптоматология и синдромология нервных болезней6

Эталоны ответов к ситуационным задачам 12

Тема 1.2. Принципы диагностики, лечения и уход за неврологическими больными36

Эталоны ответов к ситуационным задачам42

Раздел 2. Патология нервной системы

Тема 2.1. Заболевания периферической нервной системы65

Эталоны ответов к ситуационным задачам71

Тема 2.2. Сосудистые заболевания нервной системы85

Эталоны ответов к ситуационным задачам91

Тема 2.3.Инфекционные заболевания нервной системы117

Эталоны ответов к ситуационным задачам122

Литература147

**ВВЕДЕНИЕ**

Сборник ситуационных задач по междисциплинарному курсу «Сестринский уход при неврологических заболеваниях» предназначен для самостоятельной внеаудиторной работы студентов отделения «Сестринское дело» при подготовке к практическим занятиям по междисциплинарному курсу, при подготовке к промежуточной аттестации. Сборник может быть использован студентами базовой подготовки квалификации «Медицинская сестра».

В сборник включены 50 ситуационных задач по темам частной и общей неврологии. Представлен алгоритм решения задач и эталоны ответов.

Задания требуют от студентов комплексного, интегративного подхода с использованием различных источников информации, в том числе Интернет-ресурсов.

Ситуационные задачи помогают формировать общие и профессиональные компетенции специалистов:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами. ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность

ОК 4.Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

ОК5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий

ОК 11.Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

Неврология является наиболее актуальной областью медицины, что вызвано широкой распространенностью данной патологии и частой причиной нетрудоспособности пациентов этого профиля.Пациенты нуждаются в постоянной заботе, наблюдении и уходе. И это требует большого штата специально подготовленного медицинского персонала.Полноценный уход и реабилитация невозможны без понимания сути неврологической патологии, причин возникновения болезней, закономерностей их течения, вероятных осложненийпсихофармакотерапии, механизмов действия лекарств и лечебных процедур,знания ургентных состояний и алгоритмов интенсивной терапии. Эти сведения в краткой форме представлены в сборнике ситуационных задач.

Содержание сборника соответствует требованиям Федерального Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 – Сестринское дело.

**Раздел 1. Общие вопросы невропатологии.**

**Тема 1.1. Общая симптоматология и синдромология нервных болезней**

**Ситуационная задача № 1**

Мужчина 65 лет в последние несколько месяцев чувствует сильную боль в поясничном отделе позвоночника.

Жалобы: на боль в области поясницы, слабость в нижних конечностях.

Из анамнеза: в последние 2 недели появилось чувство онемения в стопах, слабость в ногах, запоры, в последнюю неделю – эпизоды недержания мочи.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 74 удара в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В области 1-2 поясничных позвонков отмечается отек, болезненность при пальпации.

Неврологический статус: зрачки обычных размеров, фотореакция живая, мелкоразмашистый нистагм, движения в нижних конечностях отсутствуют, гипотонус, снижение сухожильных рефлексов, отмечается снижение чувствительности нижних конечностей по проводниковому типу.

**Задания:**

1.Назовите синдромы поражения спинного мозга у данного больного.

2.Перечислите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациента.

4.Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

5.Продемонстрируйте технику манипуляции профилактики пролежней.

**Ситуационная задача № 2**

Женщина 50 лет с жалобами на выраженные приступообразные головные боли, преимущественно ночью и утром. На высоте головной боли тошнота, рвота. Также женщина жалуется на головокружение, общую слабость, нарушение походки, координацию движения. Особо выделяет нарушение зрения (по типу «тоннельного зрения»), выраженное снижение памяти и изменение подчерка. Болеет в течение последнего месяца с постепенным нарастанием симптоматики.

Объективно: ригидность шеи 1-2 поперечных пальца, симптом Кернига положительный, АД 150/90 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура 36,9°С. Рефлексы высокие с обеих сторон. Симптом Бабинского с обеих сторон.

Задания:

1.Назовите синдромы поражения нервной системы у данной больной. 2.Изложите развитие и прогноз данного заболевания.

3.Расскажите об объеме догоспитальной помощи.

4.Составьте план диагностических исследований в стационаре и расскажите о принципах лечения.

5.Продемонстрируйте методику проведения пальце-носовой пробы.

**Ситуационная задача № 3**

Женщина 35 лет предъявляет жалобына диффузную головную боль умеренной интенсивности, сжимающего характера, периодически напоминающей ощущение каски, стягивающей голову.

Из анамнеза:головная боль появилась более 5 лет назад, периодически обостряется, чаще в связи с нервно-эмоциональным перенапряжением. От физической активности боль не усиливается. Последнее обострение длится уже двое суток. Ежедневно употребляет анальгетики.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение снижено. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритм правильный. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения 70 ударов в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус:болезненная пальпация мышц, натягивающих сухожильный шлем головы.

Задания:

1.Сформулируйте неврологический синдром.

2.Определите проблемы пациента.

3.Сформируйте проблемы, цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

4.Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

5.Продемонстрируйте алгоритм профилактики пролежней по чек-листу.

**Ситуационная задача № 4**

Мужчина 40 лет внезапно потерял сознание и с криком упал на автобусной остановке. Появились тонические, а затем клонические судороги. Наблюдался цианоз лица, выделение розовой пены изо рта, непроизвольное мочеиспускание. Реакция зрачков на свет отсутствовала.

Задания:

1. Определите неотложное состояние пациента.

2. Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной помощи.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Сформулируйте дополнительные методы обследования пациента.

5. Продемонстрируйте технику внутримышечного введения лекарственных средств по чек-листу.

**Ситуационная задача № 5**

Женщина 37 лет предъявляет жалобына боли в области сердца, давящего характера, в течение 3-х часов, не купирующиеся нитроглицерином. Из анамнеза:приступы в течение 2-х лет, преимущественно после физической и эмоциональной нагрузок.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Возбуждена. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту, ритм правильный, дыхание глубокое. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжениям ударов в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей. Неврологический статус:патологии не выявлено. ЭКГ: патологии не выявлено.

Задания:

1.Определите неотложное состояние пациента.

2.Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной помощи.

3.Назовите дополнительные методы обследования.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5.Охарактеризуйте принципы лечения данного заболевания.

**Ситуационная задача № 6**

Мужчина 48 лет, «без сознания, судороги». Из анамнеза:(со слов жены) – в течение 1 часа отмечаются судороги, между которыми больной находится без сознания (в контакт не вступает, не реагирует на внешние раздражители). В течение 5-х лет страдает эпилепсией, которая развилась после перенесенной черепномозговой травмы. Состоит на учете в поликлинике, постоянно принимает финлепсин. Последние 3 дня был в отъезде, финлепсин не принимал.

Объективно:общее состояние тяжелое. Без сознания. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 22 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 90 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, без особенностей. Мочеиспускание непроизвольное.

Неврологический статус:у больного отмечаются тонико-клонические судороги в течение 1-2минут, между которыми он находится без сознания. Зрачки широкие, реакция на свет снижена. Гипертонус мышц верхних и нижних конечностей.

Задания:

1.Определите неотложное состояние пациента.

2. Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной помощи.

3.Назовите дополнительные методы обследования.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Расскажите о принципах лечения в стационаре.

5.Продемонстрируйте технику внутривенного введения лекарственных средств по чек-листу.

**Ситуационная задача № 7**

Мужчина 42 лет, «посинел, без сознания». Жалобына общую слабость, сонливость.

Из анамнеза:со слов жены, больной употреблял алкоголь в течение 3-х недель, последние 3 дня от употребления алкоголя воздерживался. Внезапно больной упал, потерял сознание. В течение секунд отмечалось напряжение туловища, вытягивание рук, а затем и ног вдоль тела. Раздался крик ,затем больной посинел и перестал дышать. Отмечалось непроизвольное мочеиспускание. Напряжение сменилось подрагиванием тела, после чего отмечались непроизвольные сокращения верхних и нижних конечностей; затем появилось хриплое дыхание, глаза закатились, появилась кровавая пена. Через 2 минуты припадок закончился. О случившемся больной не помнит, припадок отмечался впервые.

Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, больной заторможен. Кожные покровы обычные, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения 84 ударов в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус:(после приступа): зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Патологических рефлексов не выявлено.

Задания:

1. Определите неотложное состояние пациента.

2.Составьте алгоритм действий медсестры по оказанию неотложной помощи.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Назовите дополнительные методы обследования и назовите [заболевания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C), возможные у больного, симптомом которых являются судороги.

5. Продемонстрируйте методику измерения артериального давления на руках.

**Ситуационная задача № 8**

Мужчина 35 лет. Жалобы на резкие, приступообразные боли в области нижней челюсти, иррадиирующие в затылок. Боль сопровождается слезотечением, покраснением лица, отделением слизи из носа.

В анамнезе:за последние три недели больного часто беспокоила зубная боль, частота приступов 5-6раз в сутки.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс 76 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Неврологический статус:очаговой неврологической симптоматики нет.

При осмотре: при надавливании в области крыла носа, десны начался очередной приступ.

Задания:

1.Сформулируйте неврологический синдром пациента.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства

4. Расскажите о принципах лечения в стационаре.

5.Продемонстрируйте технику транспортировки и перекладывания больного.

**Ситуационная задача № 9**

Мужчина 46 лет. Жалобы на боль в околоушной области справа, слабость в области правой половины лица.

Из анамнеза:ухудшение состояния в течение последних 3 дней, после переохлаждения, работает строителем.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Неврологический статус:лицо асимметрично. Справа кожные складки сглажены, угол рта опущен, больной не может поднять бровь, зажмурить глаз. Справа глазная щель шире (лагофтальм), при сильном зажмуривании ресницы не полностью «прячутся» в глазную щель симптом ресниц.

Задания:

1.Сформулируйте неотложное состояние.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Расскажите о принципах лечения в стационаре.

### 5. Продемонстрируйте манипуляцию оксигенотерапии через носовой катетер.

**Ситуационная задача № 10**

Мужчина 23 года упал на улице (подскользнулся), отмечалась кратковременная потеря сознания, о случившемся не помнит. Жалобы на головную боль, тошноту.

Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 68 ударов в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: зрачки D=S, реакция на свет живая, горизонтальный мелкоразмашестый нистагм. Патологически рефлексов нет.

Задания:

1.Сформулируйте неотложное состояние.

2.Назовите дополнительные физикальные методы обследования.

3. Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4. Перечислите основные принципы лечения данной патологии

5.Продемонстрируйте манипуляцию транспортировки больного на носилках.

|  |
| --- |
|  |
| Эталоны ответов к ситуационным задачам. Тема 1.1. Общая симптоматология и синдромология нервных болезней |

## Эталон ответа на ситуационную задачу №1:

**1**.Синдром поражения пояснично-крестцового утолщения (LI -SII):

* периферический (вялый) паралич нижних конечностей вследствие поражения передних рогов LI**–**SII, из которых осуществляется периферическая иннервация нижних конечностей;
* параанестезия всех видов чувствительности нижних конечностей (по сегментарному типу) и в области промежности (по проводниковому типу);
* центральное расстройство функции тазовых органов;

**2**.Для уточнения диагноза (опухоль спинного мозга) необходимо рентгенографическое исследование нижнегрудного, поясничного отделов позвоночника. Состояние спинного мозга можно оценить с помощью КТ или МРТ, миелографии. Поиск первичной опухоли (исследование предстательной железы, рентгенография грудной клетки и т.д.)

3.Проблемы пациента.

*Настоящие проблемы:*

* боль в области поясницы, слабость в нижних конечностях

*Приоритетная проблема*:

* сильная боль в поясничном отделе позвоночника

*Потенциальные проблемы*:

* пролежни

*Краткосрочная цель:* в течение смены уменьшить боль

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациента

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2. | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3. | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4. | По согласованию с врачом вводить анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5. | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль | Облегчение страданий пациента. |
| 6. | Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 7. | Использовать известные процедуры релаксации. | Для уменьшения боли. |

*Оценкасестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**5**.**Манипуляция: профилактика пролежней**  
**Цель:** предупреждение омертвения мягких тканей в местах их длительного сдавления.   
**Показания:** постельный режим больного.   
**Оснащение:**противопролежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

Техника выполнения манипуляции:

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 минут 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.   
12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.   
13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 2:**

**1**.У больной имеют место синдромы отека головного мозга (опухоль головного мозга).

1.Менингеальный синдром:

Ригидность мышц шеи– неспособность пациента при наклоне головы вперед приблизить подбородок к груди в результате напря­жения мышц задней группы шеи.

Симптом Кернига– невозможность разогнуть ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах.

Симптом Брудзинского– при наклоне головы к груди у больного ноги сгибаются в коленных суставах.

2.Синдром внутричерепной гипертензии проявляется распирающей головной болью, тошнотой, рвотой на высоте боли, снижением уровня сознания. При длительно существующей внутричерепной гипертензии на рентгенограммах черепа можно отметить усиление пальцевых вдавлений, остеопороз спинки турецкого седла, при исследовании глазного дна - отёк сосков зрительных нервов

3.Очаговые неврологические симптомы

Головокружение, общую слабость, нарушение походки, координацию движения, нарушение зрения (по типу «тоннельного зрения»), выраженное снижение памяти и изменение подчерка.

**2.**Прогноз неблагоприятный (дальнейшее нарастание отека головного мозга, метаболического ацидоза, нарушения жизненных функций).

**3.**План сестринского ухода:

|  |  |
| --- | --- |
| **Мероприятия** | **Мотивация** |
| 1. Обеспечить пациенту покой, повышенное внимание, сочувствие. | Для создания психологического комфорта. |
| 2. Следить за соблюдением постельного режима. | Для создания физического покоя. |
| 3. Обеспечить пациенту высококалорийное, легкоусвояемое разно образное, богатое белками и витаминами питание. | Для повышения аппетита, улучшения пищеварения. |
| 4. Организовать кормление пациента в постели. | Для снижения потери веса и для компенсации потери белка и витаминов, для поддержания защитных сил организма. |
| 5. Помочь пациенту при физиологических отправлениях и гигиенических процедурах; осуществлять профилактику пролежней; своевременно менять постельное и нательное белье. | Для поддержания гигиенических условий и профилактики осложнений. |
| 6. Обеспечить регулярное проветривание помещения и регулярную уборку. | Для предотвращения возможных осложнений. |
| 7. Контролировать температуру, массу тела, пульс, АД, стул, внешний вид мочи. | Для ранней диагностики и своевременной неотложной помощи в случае возникновения осложнений (сердечно-  сосудистая недостаточность, кровотечение). |
| 8. Оказывать помощь при рвоте | Для предотвращения аспирации рвотных масс. |
| 9. Ввести по назначению врача:  магнезию в/в 25% - 10,0 на 40% раствора глюкозы или фуросемид 1% - 2,0 в/в (для снижения внутричерепного давления);  баралгин 5,0 в/в (для купирования болевого синдрома). | Для улучшения самочувствия, снижения интенсивности болей. |
| 10. Обучить родственников уходу за онкологическим больным. | Для профилактики пролежней, инфекционных осложнений, аспирации рвотных масс. |

*Оценка:* пациент отметит улучшение самочувствия, снизится интенсивность болей.

**4**.Диагностические мероприятия в стационаре: рентгенография черепа (турецкое седло); эхо-энцефалоскопия (смещение структур мозга); исследование глазного дна (застойный диск зрительного нерва); рентгено-компьютерная томография.

Более информативный метод исследования - магнитно-резонансная томография головного мозга. Принципы лечения: после получения данных томографического исследования решается вопрос о показаниях к операции.

**5.** Пальце-носовая проба: больной стоит с закрытыми глазами, руки вытянуты горизонтально перед собой с выпрямленными пальцами; указательным пальцем руки больной  
медленно достает до кончика носа.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 3:**

**1**.Синдромы головной боли:головная боль напряжения.Симптомы:

- постоянная боль, которая может быть пульсирующей (чаще болит над глазами или вся голова);

- ощущение давления в глазах;

- напряжение шейных мышц;

- ощущение скованности головы.

3.Проблемы пациента.

*Настоящие проблемы:*

* головная боль умеренной интенсивности, сжимающего характера, периодически напоминающая ощущение каски, стягивающей голову.

*Приоритетная проблема*:

* головная боль

*Потенциальные проблемы*:

* депрессия

*Краткосрочная цель:* в течение смены уменьшить боль

*Долгосрочная цель:* устранение причин боли и облегчение страданий

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4 | По согласованию с врачом вводить анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль. | Облегчение страданий пациента |
| 6 | Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Занятия йогой или упражнения по релаксации (аутотренинг), массаж шеи, воротниковой области, рефлексотерапия. | Коррекция  стрессового состояния и избыточного напряжения перикраниальных мышц. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациентки уменьшились.

**4.** Анальгетики не более 2 таблеток в день не чаще чем три дня в неделю. При хронических формах ГБН в случае выраженной тревожности –бензодиазепины (реланиум), при депрессивных состояниях – трициклические антидепрессанты, если определяется избыточное напряжение перикраниальных мышц –миорелаксанты (тизанидин). Активно используются немедикаментозные методы лечения – аутотренинг, массаж шеи, воротниковой области, рефлексотерапия.

**5**.**ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ**

**ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Check – card***

**Ф.И.О. студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Группа/факультет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Этап** | **Оценка правильности результата** | | |
| 1. Объяснил пациенту ход и суть предстоящей процедуры и получил согласие на проведение процедуры. | **+** |  | **-** |
| 1. Подложил надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием | **+** | **+/-** | **-** |
| 1. Расправил складки на постельном белье | **+** |  | **-** |
| 1. Изменил положение тела больного каждые 2 часа, если позволяет его состояние | **+** |  | **-** |
| 1. Обработал кожу (обмыл кожу в местах поражения холодной водой с мылом, протер спиртом с последующим припудриванием) | **+** |  | **-** |
| 1. Обработал кожу растворами антисептиков или дезинфицирующими растворами: 10% раствор камфорного спирта; теплая вода – ½ л и уксус, одеколон или спирт – 2 ст. л. | **+** |  | **-** |
| ИТОГО: |  | | |

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки

нет ошибок 0,5 ошибки одна ошибка

+/-

-

+

0 – 0,5 ошибки – «отлично»; 1 – 1,5 ошибки – «хорошо»; 2 – 2,5 ошибки – «удовл.»; более 2,5 ошибок – «неудовл.»

ОЦЕНКА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Экзаменатор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 4:**

**1.**У больного большой судорожный припадок. Заключение основано на том, что приступ развился внезапно с потерей сознания, падением больного, наблюдались тоническая, затем клоническая фазы припадка, характерный цианоз лица, выделение розовой пены изо рта (за счет прикуса языка), непроизвольное мочеиспускание.

2.Алгоритм оказания неотложной помощи при большом судорожном припадке

*Цель:* обеспечение безопасности пациента и медперсонала, профилактика травматизма.

*Показания:* большой судорожный припадок

*Противопоказания:*нет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| Положить пациента на бок. | Профилактика западения языка и аспирации. |
| Подложить мягкое (одежда, сумка, подушка, одеяло) под голову. | Профилактика травм. Последовательность выполнения манипуляции. |
| Расстегнуть стесняющую одежду. | Доступ воздуха. |
| Засечь длительность приступа. Записать приступ на видео. | Помощь врачу в постановке диагноза. |
| Удерживать голову и конечности без применения силы. | Может произойти вывих или повреждение связок. |
| Приготовить реланиум, седуксен. | Не допустить повторных судорог. |
| Осуществлять надзор за пациентом ***после*** приступа до тех пор, пока он полностью не придет в сознание: следить, чтобы он не лежал с запрокинутой головой и проверять дыхание и пульс. При необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия. | Безопасность пациента. |

*Примечание:*

1. Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы), пациенты госпитализируются в неврологическое отделение.

2.Нельзя разжимать челюсти и вкладывать в рот предметы.

3.Нельзя удерживать пациента на спине с запрокинутой головой.

3.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* непроизвольное мочеиспускание
* потеря сознания
* судороги

*Приоритетная проблема:*

* судорожный припадок

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* оказать помощь пациенту в случае развития эпилептического припадка

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного диспансерного наблюдения и лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2. | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3. | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | В случае развития припадка оказать помощь в соответствии с алгоритмом. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5. | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6. | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены у пациента не наблюдалось судорожного припадка.

**4**. Методы обследования пациента при судорожном синдроме:

1.Электроэнцефалография − метод регистрации и оценки электрической активности мозга. Цели проведения ЭЭГ: 1) электроэнцефалографическая оценка характера приступа (парциальный он или генерализованный); 2) оценка эффективности терапии. ЭЭГ регистрируется в период бодрствования, при необходимости − во сне, в межприступном периоде и в момент приступа. Наиболее информативной является запись ЭЭГ во время приступа. В настоящее время наиболее информативной методикой для определения характера приступа является одновременная видеозапись приступа и регистрация ЭЭГ. Данная методика получила название ЭЭГ- видеомониторинга.

2.Нейрорадиологические исследования проводятся для поиска структурных изменений в мозге (порок развития, опухоль, травма), которые могут быть причиной развития эпилептических приступов. Предпочтительнее использовать МРТ головного мозга, являющуюся более информативным методом исследования в сравнении с компьютерной томографией.

3.В отдельных случаях причиной судорог являются хромосомная патология, болезни обмена веществ, при которых необходимы дополнительные исследования − определение хромосомного набора, биохимические исследования крови и мочи.

**5.Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции**

Цель: лечебная, диагностическая.

Оснащение:

* шприц 5-10 мл;
* иглы 1060 или 0840;
* игла для набора лекарства;
* стерильный лоток;
* ватные шарики;
* перчатки;
* пеленка;
* пинцет;
* маска;
* этиловый спирт 70 %;
* ёмкость с дезинфицирующим раствором;
* лекарственные средства.

Места введения:

* верхний наружный квадрант ягодицы (классическое место);
* средняя треть передненаружной поверхности бедра;
* дельтовидная мышца плеча.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий** | **Обоснование** |
|  | **Подготовка к процедуре**  Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. Получить согласие пациента на процедуру.  Удобно усадить или уложить пациента. Уточнить у пациента аллергоанамнез. | Соблюдение прав пациента. |
|  | **Выполнение процедуры**  Подготовить необходимое оснащение. Вымыть и осушить руки.  Пропальпировать место инъекции. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. | Профилактика осложнений.  Обеспечение инфекционной безопасности. |
|  | Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
|  | Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). | Обеспечение инфекционной безопасности. |
|  | Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз под углом 90 градусов), ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы. | Соблюдение техники манипуляции |
|  | Ввести медленно лекарственное средство. | Профилактика постинъекционного инфильтрата. |
|  | Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. | Профилактика развития постинъекционного абсцесса. |
|  | **Окончание процедуры**  Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария и использованного материала. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 5:**

1.Вегетососудистый криз.

2.Неотложнаяпомощь по назначению врача: а) внутримышечно или внутривенно ввести реланиум по 2 мл 0,5% раствора; б) для снижения активности симпатико-адреналовой системы использовать бета-блокаторы: обзидан по 40 мг внутривенно (до 120 мг/сутки);антагонисты кальция: верапамил по 5-10 мг внутривенно; каптоприл по 20 мг сублингвально (при симпатоадреналовом кризе); в) купирование высокого артериального давления: клофелин 0,01% раствор внутривенно на изотоническом растворе, папаверин 2% раствор 2­4мл внутримышечно, с невротическим синдромом −настойка валерианы 20мл, корвалол 40-60 капель; г) симптоматическая терапия:при головной боли − анальгин 50% раствор 2мл внутримышечно, баралгин 5,0мл внутримышечно, но-шпа 2,0мл внутримышечно. Госпитализация: при развитии стойкого некупирующего вегетативного пароксизма в неврологическое отделение общего профиля.

**3**. Для уточнения диагноза необходимо провести общее клиническое обследование, чтобы исключить соматические, эндокринные, неврологические и психические заболевания: клинический анализ крови, мочи, определение уровня электролитов, глюкозы, кальция, магния, ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография грудной клетки, гастроскопия.

4.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* возбуждение
* боль в сердце после физической и эмоциональной нагрузок

*Приоритетная проблема:*

* боли в области сердца, давящего характера, в течение 3-х часов, не купирующиеся нитроглицерином

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* уменьшить боль в сердце

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет чувствовать себя комфортно

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | Обеспечить приток свежего воздуха.Помогите больному расстегнуть тесный воротник, туго затянутый пояс. Откройте окно или выведите человека из душного помещения. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6. | По назначению врача: при повышении артериального давления и сильном сердцебиении можно дать одну таблетку гипотензивного (понижающего давление) препарата, например, анаприлина, обзидана. | Выполнение назначений врача. |
| 7. | По назначению врача: при сильном страхе, панике поможет одна таблетка успокаивающего препарата реланиум (диазепам). | Ее лучше не глотать, а держать под языком до полного растворения, тогда эффект наступит быстрее. |
| 6 | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены у пациента не наблюдалось сердечных болей.

**5.** Основные методы лечения в стационаре: психотерапевтический метод: успокоить больного, объяснить суть его заболевания. Антидепрессанты: амитриптилин; транквилизаторы:ксанакс, клоназепам. Вегетотропные препараты используют как дополнительные средства. При преобладании в структуре заболевания симпатико-адреналовых проявлений применяют бета-адреноблокаторы:пропранолол или альфа-адреноблокаторы:пироксан. При выраженных парасимпатических расстройствах используют бутироксан или беллоид.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №6:**

**1.**Эпилептический статус.

**2.**Алгоритм оказания неотложной помощи при эпилептическом статусе

*Цель:*купирование **ЭС**

*Показания:* судорожная форма статуса (состояние, при котором больной не приходит в сознание между серией эпилептических припадков или наблюдается постоянная фокальная двигательная активность даже без изменения сознания).

*Противопоказания:* остановка сердца и асфиксия.

|  |  |
| --- | --- |
| **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| Уложить пациента на горизонтальную поверхность, повернуть голову на бок, обеспечить проходимость дыхательных путей, не допускать западения языка. | Придание пациенту положения, исключающего травматизациюголовы и туловища и возможности аспирации. |
| В промежутках между судорогами следует извлечь съемные зубные протезы при их наличии. | Профилактика травм. |
| Аспирировать слизь из полости рта и глотки. | Перед введением воздуховода. |
| Ввести воздуховод. | Обеспечение проходимости дыхательных путей. |
| Провести интубацию трахеи. | При нарушении самостоятельного дыхания. |
| Седуксен или реланиум 10-20 мг в/в медленно на 20мл 40% глюкозы скорость введения не менее 1 минуты; при возобновлении судорог повторное введение, но не ранее, чем через 10-15 минут после предыдущего. Внутримышечные инъекции не эффективны! | Противосудорожная терапия. |
| Попытаться ввести противосудорожные средства perrectum (0,4-0,6 г барбитала или 20-30 мл свежего 6% раствора хлоралгидрата с крахмальным клейстером). Возможно так же введение лекарств (вальпроатов, дифенина, барбитуратов, бензоадепиновых транквилизаторов) через назогастральный зонд. | Внутривенное введение вызывает затруднения (например у детей). |
| Внутримышечное введение гексенала или натрия теопентала (в 10мл изотонического раствора натрия хлорида). | При неэффективности седуксена. |
| В/в медленно 1-2 мл в минуту ввести натрия оксибутират 10мл 20% раствора. | При неэффективности седуксена. |
| Ингаляционный наркоз с закисью азота в смеси с кислородом (проводится в реанимации). | Неэффективность указанных средств в течение 20 минут. Мероприятия по устранению дыхательной недостаточности. |
| Осуществлять строгий надзор за пациентом. | Безопасность пациента. |

*Примечание:*

1.Чаще всего причиной ЭС являются быстро растущие опухоли головного мозга, острые органические поражения мозга, а так же резкая отмена противосудорожных препаратов у больных эпилепсией и барбитуровой наркоманией.

2.Действие гексенала и натрия теопентала сопряжено с возможностью быстрого резкого угнетения дыхания и артериальной гипотензии, при которых возникает необходимость экстренной ИВЛ.

Применение гексенала, натрия теопентала, ингаляционного наркоза на догоспитальном этапе допускается только при наличии бригад, владеющих реанимационными приемами.

3.***При возникновении любого приступа с потерей сознания и судорогами в первую очередь следует исключить такие чрезвычайные ситуации, как остановка сердца и асфиксия*.**При отсутствии сердцебиения и дыхания у больного после прекращения судорог необходимо срочно вызвать реанимационную бригаду и **немедленно** начать искусственное дыхание и не прямой массаж сердца.

**3.** Для уточнения диагноза необходимо провести ЭЭГ. Выявить эпилептическую активность возможно, используя различные способы провокации ритмичная световая стимуляция, гипервентиляция, ЭЭГ-мониторинг. Для исключения симптоматической эпилепсии необходимо провести КТ, МРТ., общее клиническое обследование клинический анализ крови, исследование уровня электролитов, глюкозы, кальция, магния. Для исключения инфекционного заболевания нервной системы необходима спинномозговая пункция.

**4.** *Настоящие проблемы:*

* без сознания
* мочеиспускание непроизвольное
* судороги

*Приоритетные проблемы:*

* в течение 1 часа отмечаются судороги, между которыми больной находится без сознания

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* купировать эпистатус

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя комфортно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | По назначению врача внутривенное введение реланиума 10мг в 20мл изотонического раствора медленно, через 5-7 минут вводят повторно в той же дозе или дормикумЗмг в/м. Барбитураты: гексенал, тиопентал натрия 2мг/кг в/м. | Для купирования эпистатуса. |
| 3 | Неотложные мероприятия проводить в условиях реанимационного отделения. | Для эффективности лечения больного. |
| 4 | Установить пост индивидуального наблюдения. | Для контроля состояния пациента. |
| 5 | Проветривание палаты, влажная уборка, тишина. | Для создания психического и физического комфорта. |
| 6 | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 7 | При выписке провести беседу с больного о необходимости постоянного лечения. | Профилактика статуса. |

*Оценка результата:* к концу дня судороги купированы.

**4.** Транспортировка на носилках. Госпитализация в больницу, имеющую реанимационное неврологическое отделение общего профиля. Основные принципы лечения в реанимационном отделении: провести осмотр, провести первичную коррекцию нарушения дыхания санация ВДП, воздуховод, интубация трахеи, ИВЛ. Провести медикаментозную терапию: реланиум 10мг в 20мл изотонического раствора медленно, через 5-7 минут вводят повторно в той же дозе или дормикумЗмгв/м. Барбитураты: гексенал, тиопентал натрия 2мг/кг в/м. Ингаляционный наркоз закисью азота в смеси с кислородом в соотношении 2:1, 3:1. Осмотические диуретики маннит 15% 200мл в/в капельно. Реанимационное пособие по показаниям.

Основным методом лечения эпилепсии является систематическоеприменение противоэпилептических препаратов финлепсин, дифенин, вальпроевая кислота. При неэффективности медикаментозного лечения показано оперативное лечение. Лечение эпилепсии предполагает воздействие на основное заболевание, устранение провоцирующих факторов.

**5.ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫКВНУТРИВЕННАЯ ИНЪЕКЦИЯ**

Дата *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Check – card***

Ф.И.О. обучающегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Цикл /Дисциплина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Параметр** | | | | | | **Оценка правильности выполнения** | | | | | |
| 1. Пригласил и проинформировал пациента, выяснилаллергоанамнез, получил согласие на проведение процедуры | | | | | |  |  | **+** | **+/-** | **-** |  |
| 1. Провел гигиеническую обработку рук | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Надел маску | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Надел перчатки | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Обработал перчатки антисептиком | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| Приготовил стерильный лоток со стерильными ватными шариками и стерильным пинцетом | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 1. проверил герметичность и срок стерильности упаковок с лотком и ватными шариками | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. вскрыл упаковку со стерильным лотком и пинцетом и выложил его на стол | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. выложил ватные шарики в стерильный лоток при помощи стерильного пинцета | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. смочил ватные шарики спиртосодержащим антисептиком | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| Приготовил стерильный шприц | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 1. проверил целостность упаковки шприца и срок годности | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. вскрыл упаковку со стерильным шприцем | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. собрал шприц внутри упаковки | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. положил шприц в стерильный лоток | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. утилизировал упаковку в отходы класса «А» | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| Подготовил лекарственный препарат | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 1. сверил лекарственный препарат с листом врачебных назначений | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. проверил срок годности лекарственного средства | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. визуально оценил лекарственное средство на предмет его пригодности | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| Набрал лекарственный препарат в шприц | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 1. обработал ампулу ватным шариком и вскрыл ее | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. взял шприц и поместил указательный палец на канюлю, а остальные на цилиндре | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. взял ампулу 2-м и 3-м пальцами | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. осторожно ввел иглу в ампулу, не касаясь ее краев | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. 1 и 4 пальцами обхватил канюлю иглы | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. перевернул ампулу, держа ее на уровне глаз | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. набрал назначенную дозу лекарства в шприц | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Сменил иглу для инъекции | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Вытеснил воздух из шприца, не снимая колпачок | | | | | |  |  | **+** | **+/-** | **-** |  |
| 1. Удобно усадил или уложил пациента | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Положил клеенчатую подушечку под локтевой сгиб пациенту | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Наложил венозный жгут пациенту на 10 см. выше локтевого сгиба | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Попросил пациента 5-6 раз сжать и разжать кулак, оставив пальцы сжатыми | | | | | |  |  | **+** | **+/-** | **-** |  |
| 1. Пропальпировалвены локтевого сгиба у пациента | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Выбрал наиболее наполненную и наименее смещающуюся подкожную вену | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Надел очки | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Обработал перчатки спиртсодержащим антисептиком | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Обработал ватным шариком широкое инъекционное поле движением снизу вверх | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Обработал другим ватным шариком место инъекции | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Большим пальцем левой руки натянул кожу вниз, ниже места венепункции на 2-3 см | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Ввел иглу на 1/3 длины сбоку вены, параллельно ей (срез иглы направлен вверх) | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Потянул поршень на себя, в шприце должна появиться кровь | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Развязал жгут | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Еще раз проверил положение иглы | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Медленно ввел лекарственный препарат,не меняя положение шприца | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Прижал к месту инъекции стерильный ватный шарик | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Быстрым движением извлек иглу | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Попросил пациента согнуть руку в локтевом суставе на 3-5 минут | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Использованную иглу сбросил в иглосъемник | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Использованные шприцы, ватные шарики поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Пустые ампулы утилизировал в емкость с маркировкой «отходы класса «Г» | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Использованный жгут, клеенчатую подушечку и очки обработал тканевыми салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Использованные лотки и пинцет поместил в соответствующие ёмкости для дезинфекции | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Снял перчатки, поместил их в емкость для дезинфекции, имеющую специальную маркировку | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Снял маску и поместил ее в емкость для дезинфекции, имеющую специальную маркировку | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| 1. Провел гигиеническую обработку рук | | | | | |  |  | **+** |  | **-** |  |
| Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки | | | | | | | | | | | |
| + | нет ошибок | +/- | 0,5 ошибки | - | одна ошибка | | | | | | |
| 0 – 5 ошибки – «отлично»; 6 -11 ошибок хорошо; 12-16 ошибок – «удовл.»; 17 и более ошибок – «неудовл.» | | | | | | | | | | | |
| ОЦЕНКА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Экзаменатор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №7:**

**1.**Эпилептический припадок, впервые возникший.

**2.**Алгоритм оказания неотложной помощи при большом судорожном припадке

*Цель:* обеспечение безопасности пациента и медперсонала, профилактика травматизма.

*Показания:* большой судорожный припадок

*Противопоказания:*нет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| Положить пациента на бок. | Профилактика западения языка и аспирации. |
| Подложить мягкое (одежда, сумка, подушка, одеяло) под голову. | Профилактика травм. Последовательность выполнения манипуляции. |
| Расстегнуть стесняющую одежду. | Доступ воздуха. |
| Засечь длительность приступа. Записать приступ на видео. | Помощь врачу в постановке диагноза. |
| Удерживать голову и конечности без применения силы. | Может произойти вывих или повреждение связок. |
| Приготовить реланиум, седуксен. | Не допустить повторных судорог. |
| Осуществлять надзор за пациентом ***после*** приступа до тех пор, пока он полностью не придет в сознание: следить, чтобы он не лежал с запрокинутой головой и проверять дыхание и пульс. При необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия. | Безопасность пациента. |

*Примечание:*

1. Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы), пациенты госпитализируются в неврологическое отделение.

2.Нельзя разжимать челюсти и вкладывать в рот предметы.

3.Нельзя удерживать пациента на спине с запрокинутой головой.

3.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* непроизвольное мочеиспускание
* потеря сознания
* судороги

*Приоритетная проблема:*

* судорожный припадок

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

**2***.Краткосрочная цель:* оказать помощь пациенту в случае развития эпилептического припадка

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного диспансерного наблюдения и лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | В случае развития припадка оказать помощь в соответствии с алгоритмом. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6 | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены у пациента не наблюдалось судорожного припадка.

**4.** Методами обследования являются: ЭЭГ, при исследовании необходимо использовать различные способы провокации ритмичная световая стимуляция, гипервентиляции; МРТ; общее клиническое обследование: анализ крови, определение электролитов, глюкозы, кальция, магния; спинномозговая пункция.

[Заболевания](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C), возможные у больного, симптомом которых являются судороги:неэпилептические пароксизмы преходящего нарушения мозгового кровообращения, обморок, мигрень, вегетативный криз, истерический псевдоприпадок, необходимо исключить метаболические и структурные повреждения, которые могли служить причиной припадков и требуют неотложной специальной терапии: энцефалит, менингит, инсульт, гипогликемия.

**5.Алгоритм измерения артериального давления**

Цель: измерить артериальное давление тонометром на плечевой артерии.

Показания:всем больным и здоровым для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, при патологии мочевыделительной систем; при потере сознания при жалобах, на головную боль, слабость, головокружение.

Осложнения:нет.

Противопоказания: нет

Оснащение: тонометр, фонендоскоп, ручка, температурный лист.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, успокойте. | Психологическое воздействие. |
| 2. | Положите руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх. Если пациент находится в положении сидя, то для лучшего разгибания конечности попросите его подложить под локоть сжатый кулак свободной руки. | Качественное выполнение манипуляции. |
| 3. | Наложите манжетку на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец. | Правильное закрепление манжеты. |
| 4. | Соедините манометр с манжеткой. Проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. Нащупайте пульс в области локтевой ямки и поставьте на это место фонендоскоп. | Точность измерения давления |
| 5. | Закройте вентиль на груше и накачивайте в манжетку воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25-30 мм рт. столба уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии. | Последовательность выполнения манипуляции. |
| 6. | Откройте вентиль и медленно выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны и следите за показаниями шкалы манометра. | Последовательность выполнения манипуляции. |
| 7. | Отметьте величину систолического давления при появлении над плечевой артерией первых отчетливых звуков. | Оформление документов. |
| 8. | Отметьте величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов. | Оформление документов. |
| 9. | Артериальное давление нужно измерять 2-3 раза на обеих руках с промежутками в 1-2 минуты. Запишите данные измерения артериального давления в виде дроби в истории болезни, например, 120/75 мм рт. ст. | Информирование врача. |

Примечание:В норме у здоровых людей цифры артериального давления зависят от возраста. Показания систолического давления колеблется в норме от 90 мм рт. ст. до 149 мм рт. ст., диастолическое давление - от 60 мм рт. ст. до 90 мм рт. ст. Повышение артериального давления называетсяартериальной гипертензией. Понижение артериального давления называется гипотензией.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 8:**

**1**.Имеет место синдром поражения черепных нервов (поражен Vп., *тройничный нерв*.У больного невралгия тройничного нерва вторая, третья ветви тройничного нерва, проявляющаяся в повторяющихся, чрезвычайно сильных кратковременных приступах боли в лице. Жевание, чистка зубов, бритье и просто прикосновение к лицу нередко провоциру­ют боль.

Приступы односторонних, интенсивных болей в зоне иннервации нижнечелюстного нерва второй, третьей ветвей тройничного нерва. Наличие курковых (триггерных) точек в области крыла носа, щеки, десны, отсутствие очаговой неврологической симптоматики.

**2**. Общее клиническое обследование: исключить симптоматическую невралгию тройничного нерва, аневризму, рассеянный склероз, опухоли ствола и основания черепа, заболевания челюстнолицевой системы, черепно-мозговую травму, васкулиты, воспалительные поражения придаточных пазух носа, диффузные заболевания соединительной ткани.

3.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* резкие, приступообразные боли в области нижней челюсти, иррадиирующие в затылок
* боль сопровождается слезотечением, покраснением лица, отделением слизи из носа

*Приоритетная проблема:*

* резкая боль

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* уменьшить боль

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациента

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4 | По согласованию с врачом вводить анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль | Облегчение страданий пациента. |
| 6 | Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Использовать известные процедуры релаксации. | Для уменьшения боли. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**4.**Госпитализация в неврологическое отделение. Принципы лечения в стационаре: 1.Прием финлепсина в дозе 200-1200мг/сутки. 2.Анальгетики, антидепрессанты (амитриптилин). З.Блокады ветвей нерва. 4.Рефлексотерапия. 5.Нейрохирургическое вмешательство: деструкция гассерова узла.

**5.Алгоритм транспортировки пациента в лечебное отделение**

на каталке (носилках, вдвоем)

Цель:безопасно транспортировать пациента в зависимости от состояния: на носилках, кресле-каталке, на руках, пешком в сопровождении медработника.

Показания: состояние пациента.

Противопоказания: нет.

Осложнения: нет.

Оснащение: каталка или носилки, две простыни, одеяло, подушка, клеенка.

Возможные проблемы пациента: возбуждение пациента. Бессознательное состояние пациента. Необходимость в соблюдении определенного положения и др.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе её выполнения. | Благоприятно влияет на процесс транспортировки. |
| 2. | Подготовьте каталку к транспортировке, проверьте ее исправность, продезинфицируйте. Постелите в каталку одеяло с простыней, подушку (при необходимости клеенку). | Безопасность транспортировки. |
| 3. | Поставьте каталку ножным концом под углом к головному концу кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации. | Безопасность транспортировки. |
| 4. | Приподнимите пациента: один медработник подводит руки под шею пациента и туловище, другой - под поясницу и бедра. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону каталки или носилок и уложите его. | Безопасность транспортировки. |
| 5. | Укройте пациента второй половиной одеяла или простыней.  Встаньте: один медработник спереди каталки спиной к пациенту, другой сзади каталки, лицом к пациенту.  Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни. | Безопасность пациента. |
| 6. | Поставьте каталку к кровати, в зависимости от площади палаты. Снимите одеяло с кровати. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику. | Безопасность перекладывания пациента. |
| 7. | Продезинфицируйте каталку в соответствии с действующими приказами. | Инфекционная безопасность. |
| 8. | Проведите гигиеническую обработку рук. | Профилактика ВБИ. |

Примечание:

1.Вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен, для того чтобы достигнуть горизонтального положения носилок.

2.Вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении.

3.При транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.

4.При любом способе транспортировки сопровождающий пациента обязан передать пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №9:**

**1.**Невропатия лицевого нерва. Провоцирующий фактор: переохлаждение; неврологическая симптоматика:лагофтальм, симптом ресниц, на стороне поражения кожные складки сглажены, угол рта опущен. В острой стадии больных необходимо госпитализировать.

**2.** Необходимо провести общее клиническое обследование: исключить  
симптоматическое поражение лицевого нерва при черепно-мозговой травме, рассеянном склерозе. Необходимо провести электромиографию исключить миопатию.

3.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* боль в околоушной области справа
* слабость в области правой половины лица

*Приоритетная проблема:*

* слабость в области правой половины лица

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* оказать помощь пациенту в случае развития паралича*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного диспансерного наблюдения и лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | Оказать помощь в соответствии с алгоритмом. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6 | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние пациента стабилизировалось.

**4**.Методы лечения в стационаре:

а) кортикостероиды в первые дни заболевания преднизолон 60-80 мг в сутки в течение 5-7 дней;

б)введение реополиглюкина, пентоксифиллина, трентала;

в)вследствие неполного закрытия и сухости глаза возникает угроза изъязвления роговицы, рекомендуются ношение очков, закапывание увлажняющих глазных капель визин;

г) гимнастика мимических мышц перед зеркалом.

д) парафиновые аппликации, точечный массаж, рефлексотерапия;

е) реконструктивные операции.

**5. Алгоритм проведения оксигенотерапии через носовой катетер**

Цель:дать пациенту кислород.

Показания: гипоксия, назначение врача, одышка.

Противопоказания:выявляются в процессе обследования пациента.

Осложнения: нет.

Оснащение: стерильные носовые катетеры, аппарат Боброва, перчатки, лейкопластырь, вода дистиллированная (в аппарат Боброва), дезинфицирующий раствор и емкость.

Возможные проблемы пациента: нежелание принимать процедуру, страх.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Сотрудничество больного и медсестры. |
| 2. | Наденьте перчатки, возьмите стерильный катетер. | Профилактика ВБИ. |
| 3. | Заполните аппарат Боброва водой на 1/3 объема. Подсоедините катетер к аппарату Боброва. | Последовательное выполнение манипуляции – гарантия успеха. |
| 4. | Введите катетер по нижнему носовому ходу до задней стенки глотки на длину, определенную выше.  Убедитесь, что кончик введенного катетера виден при осмотре зева. Прикрепите катетер к щеке или к носу пациента лейкопластырем, чтобы он не выскользнул из носа или не попал в пищевод. | Качественность выполнения манипуляции |
| 5. | Откройте вентиль дозиметра централизованной подачи и подавайте кислород со скоростью 2-3 л/мин, контролируя скорость по шкале дозиметра. Спросите у пациента, удобно ли он лежит. | Последовательное выполнение манипуляции. |
| 6. | Извлеките катетер по окончании процедуры. Снимите перчатки. | Качественность выполнения манипуляции |
| 7. | Обработайте катетер, перчатки, аппаратуру в соответствие с требованиями санэпидрежима. | Выполнение требований санэпидрежима. |

Примечание: Введение кислорода с помощью кислородной подушки не является эффективным способом оксигенотерапии, но ещё используется в поликлиниках, где нет централизованной подачи, на дому и т. д.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №10:**

**1.**Сотрясение головного мозга.

Данные анамнеза: потеря сознания, ретроградная амнезия; данные неврологического статуса:мелкоразмашистый нистагм.

**2.**Необходимо провести дополнительные методы обследования: рентгенография черепа в двух проекциях, компьютерная томография, эхоэнцефалоскопия, ЭЭГ.

3.Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* непроизвольное мочеиспускание
* потеря сознания
* судороги

*Приоритетная проблема:*

* судорожный припадок

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* оказать помощь пациенту в случае развития эпилептического припадка

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного диспансерного наблюдения и лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2. | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3. | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | В случае развития припадка оказать помощь в соответствии с алгоритмом. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5. | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6. | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены у пациента не наблюдалось судорожного припадка.

**4.** Госпитализация в нейрохирургическое отделение, транспортировка на носилках.Основные методы лечения в стационаре: симптоматическая терапия (анальгетики, противорвотные, бензодиазепины).

**5**.**Манипуляция транспортировки на носилках**

Последовательность выполнения:

1.Поднимайте и опускайте осторожно и одновременно, удерживайте их в горизонтальном направлении.

2.Не допускайте раскачивания носилок, толчков, резких поворотов, для этого идите в ногу.

3.По ровной местности и при подъеме по лестнице носилки несите головным концом вперед, приподнимайте ножной конец, а при спуске с лестницы - ногами вперед, приподнимайте ножной конец.

4.Если кто-либо из санитаров при переноске почувствовал усталость, то следует немедленно сообщить об этом, так как уставшие пальцы рук

могут непроизвольно расслабиться.

**Тема 1.2Принципы диагностики, лечения и уход за неврологическими больными**

**Ситуационная задача № 1**

На обочине дороги лежит мужчина средних лет, без сознания.

Объективно: неконтактен, речь отсутствует, болевая реакция сохранена. На лице множественные ушибленные рваные раны, в лобной части подкожная гематома. На волосистой части головы, в затылочной области, подкожная гематома без повреждения кожных покровов. Левый зрачок немного шире, чем правый. АД 80/60 мм рт. ст., пульс 64 ударов в минуту, дыхание поверхностное, учащенное, ЧДД 26 в минуту.

Задания:

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2.Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

3.Определите проблемы пациента. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

4. Сформулируйте основные положения правильного ухода за больными с позвоночно-спинномозговыми травмами.

5.Продемонстрируйте алгоритм исследования пульса.

**Ситуационная задача № 2**

Женщина около 30 лет без сознания лежит на земле. Кожные покровы бледные, цианотичные. Челюсти сжаты, голова запрокинута назад. Руки и ноги в полусогнутом положении, мышцы напряжены. Зрачки расширены, равны с обоих сторон, на свет не реагируют. Через несколько секунд после осмотра развились симметричные подергивания мышц лица и конечностей. Появилась розовая пена изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. АД 180/90 мм рт. ст, пульс 102 удара в минуту.

Задания:

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

2.Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

3.Определите проблемы пациента. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

4.Продемонстрируйте способ укладки больного в данном состоянии.

5.Осуществите манипуляцию ухода за полостью рта пациента.

**Ситуационная задача № 3**

Женщина 52 лет, сурдопереводчица, предъявляет жалобы на боль, покалывание и онемение I, II, III пальцев правой кисти. Вначале онемение носило преходящий характер, а сейчас стало постоянным. Часто отмечаются ночные боли, распространяющиеся с кисти на предплечье, иногда до локтевого сустава. При поднятии руки вверх боли и онемение усиливаются. Сгибание кисти усиливает симптоматику.

Неврологический статус:зрачки: D=S, фотореакция сохранена. Отмечается слабость сгибания правой кисти, большого и указательного пальцев, [гипостезия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) их ладонной поверхности. При перкуссии срединного нерва в  зоне  запястного  канала возникает парестезия в  кисти  (положительный  симптом Тинеля). Патологических рефлексов нет.

Диагноз: Синдром запястного канала.

Задания:

1.Сформулируйте симптомы синдрома.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациентки. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

4.Расскажите о принципах профилактики заболевания.

5.Осуществите манипуляцию полной или частичной санитарной обработки пациента.

**Ситуационная задача № 4**

Больная 25 лет, находится на стационарном лечении с диагнозом: острая постинфекционная полинейропатия (синдром Гийена-Барре).Жалобы на слабость в верхних и нижних конечностях, онемение в стопах, общую слабость. Из анамнеза:в течение 5 дней отмечалось повышение температуры, боль в горле. После проведенной антибактериальной терапии состояние улучшилось. Ухудшение состояния наступило на 7−8 день: появилась слабость в нижних конечностях, потом в верхних конечностях, общая слабость. Больная не могла ходить и сидеть без посторонней помощи, отмечалось поперхивание при глотании.

Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание ясное.

Неврологический статус:зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения в верхних и нижних конечностях отсутствуют, выпадение сухожильных рефлексов, снижение чувствительности в области стоп, кистей. Отмечается слабость мимической мускулатуры (лагофтальм, симптом «ресниц»). Патологических рефлексов нет. ЭКГ: патологии не выявлено.

Задания:

1.Сформулируйте симптомы синдрома.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Расскажите о профилактике синдрома.

4.Охарактеризуйте принципы лечения и ухода при данной патологии.

5.Продемонстрируйте алгоритм обработки пролежней по чек-листу.

**Ситуационная задача № 5**

Женщина 53 лет. Жалобы на одышку в покое, неспособность сглатывать слюну, держать голову прямо, ослабление голоса.

Из анамнеза:в течение последних 7 дней отмечалось повышение температуры до 39,0°С, сухой кашель, насморк. С диагнозом ОРВИ лечилась амбулаторно, с улучшением. Ухудшение состояния наступило внезапно, в течение 1часа: появилась одышка, ослабление голоса, невозможность держать голову прямо. В анамнезе: в течение 4-х лет страдает миастенией. Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное – больная не может поднять голову с подушки. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 28 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 98 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус:снижение силы мышц плечевого пояса, шеи, выявление феномена патологической мышечной утомляемости (ослабление голоса во время беседы).Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Патологических рефлексов не выявлено.

Задания:

1.Сформулируйте неотложное состояние.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Расскажите о принципах лечения криза.

5.Продемонстрируйте мероприятия по профилактике пролежней.

**Ситуационная задача № 6**

Женщина 42 лет. Жалобына головную боль, головокружение, возникающие утром и сопровождающиеся рвотой.

Из анамнеза:около полугода назад был эпилептический припадок, возникший впервые, нарушилась речь. Неделю назад появилось онемение правой руки и снижение силы в ней. Вялая, безинициативная, неряшливая.

Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Интеллект снижен. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус:зрачки D=8, реакция на свет живая. Справа снижение мышечного тонуса в верхней конечности, сухожильные рефлексы оживлены. Патологические рефлексы Бабинского и Россолимо положительные справа.

Задания:

1. Сформулируйте неотложное состояние и его синдромы.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите тактику медсестры на догоспитальном этапе.

4.Перечислите основные принципы лечения данной патологии.

5.Продемонстрируйте манипуляцию подачи судна и мочеприемника, применения подкладного круга.

**Ситуационная задача № 7**

У мужчины 30 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега справа, гипестезия, соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено.

Диагноз: ДДЗП.Спондилогеннаярадикулопатия L5 справа.с нарушением статики и динамики в поясничном отделе позвоночника, в фазе обострения.

**Задания:**

1.Расшифруйте диагноз.

2.Составьте план обследований.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

5.Продемонстрируйте манипуляцию измерения температуры тела в подмышечной впадине и ротовой полости пациента.

**Ситуационная задача № 8**

Женщина 30лет, «перекосило лицо».

Жалобы на боль в околоушной области справа, слабость в области правой половины лица.

Из анамнеза: ухудшение состояния в течение 4 дней, после переохлаждения.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 72 удара в минуту. АД 120/80 мм рт .ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус:лицо асимметрично. Справа носо-губная складка сглажена, угол рта опущен, больная не может поднять бровь, зажмурить глаз. Справа глазная щель шире (лагофтальм), при сильном зажмуривании ресницы не полностью «прячутся» в глазную щель («симптом ресниц»).

Диагноз: Паралич Белла.

Задания:

1.Сформулируйте и обоснуйте неврологический синдром.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите тактику медсестры на догоспитальном этапе.

4.Перечислите основные принципы лечения данной патологии.

5.Проведите пункцию вены и подключение системы для транфузии.

**Ситуационная задача № 9**

Мужчина 36 лет, «без сознания».

Из анамнеза:со слов жены – 2 дня назад упал и ударился головой. Была кратковременная потеря сознания. В течение двух дней беспокоила головная боль, тошнота. После подъема тяжести у больного появилась рвота, потерял сознание. Вызвали скорую помощь.

Объективно:общее состояние тяжелое. Без сознания. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 54 удара в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Неврологический статус:зрачки Д>S (правый шире и справа реакция на свет снижена). Слева отмечается гемипарез – гипотония мышц выражена более резко, слева падение конечностей «как плетей», конечности не могут удерживаться в приданном положении (согнутые в локтевом и коленном суставах). Слева меньшее смыкание глазной щели и век.

Диагноз: Сдавление головного мозга интракраниальной гематомой.

Задания:

1.Назовите симптомы сдавления головного мозга.

2.Составьте план оказания неотложной помощи.

3.Определите проблемы пациента. Сформируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

4. Сформулируйте основные положения правильного ухода за больными с внутричерепными гематомами.

5.Охарактеризуйте набор для проведения люмбальной пункции.

**Ситуационная задача № 10**

При заборе крови из вены пациента в процедурном кабинете, кровь пациента попала на открытый участок кожи медицинской сестры.

###### **Задания:**

###### 1.Расскажите какими инфекционными заболеваниями может заразиться медицинская сестра.

###### 2.Составьте план действий медицинского работника по профилактике заболевания ВИЧ-инфекций при контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного пациента.

3.Перечислите к каким категориям лиц, называемым «группой риска», может иметь отношение пациент.

4.Назовите элементы специальной одежды медицинского персонала, работающего в режиме возможного контакта с кровью и другими биологическими жидкостями пациента.

###### 5.Продемонстрируйте алгоритм внутримышечной инъекции.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам.Тема 1.2 Принципы диагностики, лечения и ухода за неврологическими больными**

**Эталон ответа на ситуационную задачу №1:**

**1**.Открытая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга).

Обоснование – данные объективного смотра: нарушение сознания, ранение головы, нарушение сердечной и дыхательной деятельности (гипотония и одышка).

**2**. Алгоритм оказания неотложной помощи:

По назначению врача ввести гормоны (преднизолон, дексаметазон) в/в для стимуляции сердечной и дыхательной деятельности и снижения внутричерепного давления; при отсутствии гормонов ввести аналептики (кордиамин и кофеин);наложить асептическую повязку на область ран с предварительной обработкой 3% раствором перекиси водорода;

убедиться в проходимости верхних дыхательных путей, при необходимости очистить ротовую полость от слизи и зубных протезов и установить воздуховодную трубку;транспортировать на носилках в нейрохирургический стационар.

3. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* потеря сознания
* неконтактен
* речь отсутствует
* на лице множественные ушибленные рваные раны, в лобной части подкожная гематома.
* на волосистой части головы, в затылочной области, подкожная гематома без повреждения кожных покровов
* АД80/60 мм рт. ст.

*Приоритетная проблема:*

* сопор

*Потенциальная проблема:*

* восстановление функций
* летальный исход
* инвалидизация

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**4**.Основные положения правильного ухода за больными с позвоночно-спинномозговыми травмами:

* соблюдение режима дня больного,
* своевременный прием больными медикаментов,
* забота о гигиене постельного больного,
* уход за мочевым пузырем больного,
* уход за кишечником больного,
* уход за кожей больного,
* контроль за заполнением листка баланса приема жидкости,
* помощь в каждодневной активности больного,
* в курс реабилитации входит также обучение членов семьи и самого больного правильному уходу.

**5.Алгоритм исследования пульса**

Цель: исследовать пульс пациента и зафиксировать показания в температурном листе.

Показания: оценка состояния сердечно-сосудистой системы, назначение врача.

Противопоказания:нет.

Осложнения: нет.

Оснащение: часы с секундной стрелкой, авторучка, температурный лист.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента об исследовании у него пульса, объясните смысл вмешательства. | Убедить пациента в  важности манипуляции. |
| 2. | Охватите пальцами правой руки левое предплечье пациента, пальцами левой руки правое предплечье пациента в области лучезапястных суставов. Расположите 1-й палец на тыльной стороне предплечья; 2, 3, 4-й последовательно от основания большого пальца на лучевой артерии. | Правильное  положение пальцев  на запястье способствует  быстрому обнаружению  лучевой артерии. |
| 3. | Прижмите артерию к лучевой кости и прощупайте пульс.  Определите симметричность пульса. Если пульс симметричен, дальнейшее исследование можно проводить на одной руке. Если пульс не симметричен, дальнейшее исследование проводите на каждой руке отдельно. | Способствует практическому и более точному определению характеристик пульсовой волны. |
| 4. | Определите ритмичность, частоту, наполнение и напряжение пульса. Производите подсчет пульсовых ударов не менее 30 секунд. Полученную цифру умножьте на 2. При наличии аритмичного пульса подсчет производите не менее 1 минуты. | Последовательность манипуляции. |
| 5 | Занесение полученных результатов в температурный лист. | Информирование врача. |

Примечание: Места исследования пульса: лучевая артерия, бедренная артерия, височная артерия, подколенная артерия, сонная артерия, артерия тыла стопы. Чаще пульс исследуют на лучевой артерии. В покое у взрослого здорового человека частота пульса 60-80 ударов в 1 минуту. Увеличение частоты пульса (более 90 ударов в минуту) − тахикардия. Уменьшение частоты пульса (менее 60 ударов в минуту) − брадикардия.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №2:**

**1.**У больной большой судорожный припадок. Заключение основано на том, что приступ развился внезапно с потерей сознания, падением больной, характерный цианоз лица, выделение розовой пены изо рта (за счет прикуса языка), непроизвольное мочеиспускание.

**2**. Алгоритм оказания неотложной помощи при большом судорожном припадке

*Цель:* обеспечение безопасности пациента и медперсонала, профилактика травматизма.

*Показания:* большой судорожный припадок

*Противопоказания:*нет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| Положить пациента на бок. | Профилактика западения языка и аспирации. |
| Подложить мягкое (одежда, сумка, подушка, одеяло) под голову. | Профилактика травм. Последовательность выполнения манипуляции. |
| Расстегнуть стесняющую одежду. | Доступ воздуха. |
| Засечь длительность приступа. Записать приступ на видео. | Помощь врачу в постановке диагноза. |
| Удерживать голову и конечности без применения силы. | Может произойти вывих или повреждение связок. |
| Приготовить реланиум, седуксен. | Не допустить повторных судорог. |
| Осуществлять надзор за пациентом ***после*** приступа до тех пор, пока он полностью не придет в сознание: следить, чтобы он не лежал с запрокинутой головой и проверять дыхание и пульс. При необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия. | Безопасность пациента. |

*Примечание:*

1. Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы), пациенты госпитализируются в неврологическое отделение.

2.Нельзя разжимать челюсти и вкладывать в рот предметы.

3.Нельзя удерживать пациента на спине с запрокинутой головой.

3.Проблемы пациентки:

*Настоящие проблемы:*

* непроизвольное мочеиспускание
* потеря сознания
* судороги

*Приоритетная проблема:*

* судорожный припадок
* АД 180/90 мм рт. ст.
* пульс 102 удара в минуту

*Потенциальная проблема:*

* эпилептический статус

*Краткосрочная цель:* оказать помощь пациенту в случае развития эпилептического припадка.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости постоянного диспансерного наблюдения и лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Контроль АД, пульса. | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | В случае развития припадка оказать помощь в соответствии с алгоритмом. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 5 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 6 | Беседы о необходимости наблюдения и лечения в диспансере. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата*: в течение смены у пациентки не наблюдалось судорожного припадка.

**4**.Уложить больную на бок или живот, убрать твердые предметы от головы для избежания травмы при судорогах.

**5**.**Манипуляция ухода за полостью рта пациента**

Цель:обработать полость рта пациента.

Показания: тяжёлое состояние пациента, невозможность самоухода.

Противопоказания: гнойные заболевания, оперативные вмешательства.

Осложнения: инфицирование.

Оснащение: антисептический раствор (2 % раствор натрия гидрокарбоната, или 0,9 % раствор натрия хлорида (физиологический раствор), или 3% раствор перекиси водорода (1 столовая ложка на стакан волы); раствор перманганата калия 1:10000), шпатели, глицерин, стерильные марлевые салфетки, кипяченая теплая вода, емкость 100-200 мл, два почкообразных лотка, резиновый баллон, полотенце, стерильные палочки с ватными тампонами.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Сотрудничество больного и медсестры. |
| 2. | Вымойте руки, наденьте перчатки. | Инфекционная безопасность. |
| 3. | Накройте грудь пациента полотенцем. Приподнимите голову пациента. Подставьте почкообразный лоток. Налейте в емкость антисептический раствор. | Последовательность выполнения манипуляции. |
| 4. | Отведите шпателем щеку пациента. Смочите антисептическим раствором ватный тампон и обработайте зубы с одной и с другой стороны, меняя тампоны. Оберните шпатель стерильной марлевой салфеткой, смочите ее антисептическим раствором. | Последовательное выполнение манипуляции. |
| 5. | Возьмите левой рукой стерильной марлевой салфеткой кончик языка пациента и выведите его изо рта. Снимите шпателем налет с языка в направлении от корня к кончику. Отпустите язык. | Обработка языка. |
| 6. | Наберите в резиновый баллон теплой кипяченой воды. Поверните голову пациента набок.  Отведите угол рта шпателем. Оросите рот пациента из баллона теплой водой и попросите сплюнуть. | Полость рта чистая. Трещины смазаны. |
| 7. | Повторите процедуру с противоположной стороны.  Смажьте трещины на языке и губах глицерином. | Качественность выполнения манипуляции. |
| 8. | Обработайте емкость, резиновый баллон и отработанный материал в соответствии с действующими нормативными документами по санитарно-эпидемиологическому режиму. | Соблюдение санэпидрежима. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №3:**

1. **Синдром запястного канала (синдром карпального канала)**−это пережатие, отек или ущемление нерва, контролирующего чувствительность ладони, большого, указательного и среднего пальцев руки.Выделяют следующие симптомы этого синдрома:

 - ощущение покалывания или пощипывания ( парестезии ) кисти;

- боль или онемение в кисти, обычно усиливающиеся ночью;

- скованность и слабость мышц кисти;

- затруднение при сжатии кулака и невозможность подведения большого пальца к остальным четырем;

- боли в кисти, предплечье или плече.

**2.**Визуализация: рентгенография кисти может выявить патологию костей, а магнитно-резонансная томография (МРТ) дает достаточно четкое изображение мягких тканей. Для оценки эффективности проведения нервных импульсов по нерву проводятся электродиагностические тесты.

Отмечаются электромиографические признаки денервации различной степени выраженности в мышцах, иннервируемых срединным нервом, снижение скорости проведения импульса по его ветвям к кисти.

**3.** Проблемы пациентки.

*Настоящие проблемы:*

* боль, покалывание и онемение I, II, III пальцев правой кисти

*Приоритетная проблема*:

* боль I, II, III пальцев правой кисти

*Потенциальные проблемы*:

* полное необратимое повреждение срединного нерва и тяжелое нарушение функции кисти

*Краткосрочная цель:* уменьшить боль.

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациентки.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2. | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3. | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4. | **Ассистировать врачу при введении в запястный канал** смеси анестетика (лидокаина, новокаина и др.) с кортикостероидным гормоном  (дипроспаном или гидрокортизоном). | Купирование сдавления срединного нерва. |
| 5. | По согласованию с врачом [выдаватьнестероидные противовоспалительные препараты](http://www.evdokimenko.ru/article28.htm) (диклофенак, мовалис, ибупрофен, нимулид) | Проведение медикаментозной терапии. |
| 6. | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль | Облегчение страданий пациента. |
| 7. | Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 8. | Следить за посещением физиопроцедур (фонофорез гидрокортизона на область запястья со стороны ладони,электрофорез раствора никотиновойкислоты, грязелечение,лазеротерапия. | Для уменьшения боли. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**4.**Профилактика СЗК

1.Если **синдром запястного канала**является следствием профессиональных перегрузок, то их необходимо как минимум существенно снизить. Как максимум −на некоторое время вообще **прекратить травмирующую профессиональную деятельность.**

2.Правильное положение рук. Сюда относят: прямое положение кисти по отношению к предплечью, избегать разгибательного положения кисти, прямой угол сгиба руки в локтевом суставе, наличие упора для кисти (кисть должна лежать на столе, а не находиться в подвешенном в воздухе положении).

3.Правильная посадка, осанка и расположение рабочего места: между поясницей и бёдрами должен быть прямой угол. Печатаемый текст должен располагаться на уровне глаз, чтобы предотвратить изгиб шеи во время работы (бывает, советуют, чтобы верхний край монитора располагался на уровне глаз, или ниже не более чем на 15 сантиметров). Сидеть следует, опираясь на спинку кресла, с расслабленными плечами. Стопы должны твёрдо стоять на полу или на подставке для ног.

4.Перерывы в работе каждые 30-60 минут по 3−5 минут.

5.Упражнения для рук (например, их можно выполнять во время перерывов): встряхивание рук, сжимание рук в кулак на несколько секунд, вращательные движения пальцами, массаж пальцев другой руки, сведение лопаток, глубокое дыхание и т.п.

6.Советы по выбору мебели, клавиатуры, мышки. Рекомендуется, чтобы рабочее кресло регулировалось по высоте, имело удобную спинку и подлокотники. Нажатия на кнопки клавиатуры не должны требовать дополнительных усилий. Кисти и запястья во время работы должны оставаться в расслабленном состоянии.

**5.Манипуляция полной или частичной санитарной обработки пациента**

Цель:Осуществить полную или частичную санитарную обработку пациента.

Показания:по назначению врача.

Противопоказания:тяжелое состояние пациента и др.

Осложнения: нет.

Оснащение: маркированные емкости для чистых и грязных мочалок, чистое белье для пациента, полотенце, водяной термометр, мыло или шампунь, CMC, 1% раствор хлорамина, мешки − 2 (х/б, клеенчатый), упор для ног, температурный лист, фартук клеенчатый, перчатки − 2 пары.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляций и ходе ее выполнения, успокойте. | Невозможность самообслуживания. |
| 2. | Определите температуру воздуха в ванной комнате (она должна быть не менее 25 градусов Цельсия).  Наденьте перчатки и фартук. Вымойте ванну щеткой с любым моющим раствором, затем обработайте 1% раствором хлорамина. Ополосните ванну горячей водой.  Снимите перчатки. | Дезинфекция ванны. |
| 3. | Наполните ванну сначала холодной водой, а затем горячей до 1/2 объема ванны. Температура воды должна быть не ниже 36 − 37 градусов Цельсия. Помогите пациенту удобно расположиться в ванне, чтобы пациент не соскользнул, поставьте подставку для упора ног. | Последовательность действиймедсестры. |
| 4. | Наденьте перчатки. Вымойте пациента: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность. Помогите пациенту выйти из ванны.  Вытрите пациента и оденьте. | Обеспечение безопасности окружающей среды при и проведении гигиенической ванны пациенту. |
| 5. | Снимите перчатки и обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки. | Соблюдение санэпидрежима. |
| 6. | Помогите пациенту вытереться полотенцем и одеться.  Отведите пациента в палату. Сделайте отметку в истории болезни, температурном листе. | Информирование врача. |

Примечание: Способ санитарной обработки определяет врач. Присутствие медсестры во время санитарной обработки пациента обязательно. Окажите первую медицинскую помощь при ухудшении состояния и сообщите врачу. Контролируйте температуру воды рукой при направлении ее на пациента.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №4:**

**1.** Острая постинфекционная полинейропатия (синдром Гийена-Барре) − острая аутоиммунная воспалительная [полирадикулоневропатия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), первые симптомы которого проявляются через 5 дней − 3 недели после лёгкой инфекции, операции или вакцинации. Согласно данным ВОЗ, в 30% случаев тяжёлые формы СГБ приводят к полной обездвиженности пациента, каждый пятый больной находится на системе искусственной вентиляции лёгких. При несвоевременной диагностике и неадекватной терапии вероятность летального исхода достигает 30%. Проявляется вялыми [парезами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7);нарушениями чувствительности ([парестезиями](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F) пальцев стоп и кистей); вегетативными расстройствами (повышение или падение артериального давления, ортостатическая [гипотензия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F), синусовая [тахикардия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D1%85%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F), [брадиаритмия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), преходящая задержка мочи).

**2.** Необходимо провести спинномозговую пункцию. При исследовании спинномозговой жидкости определяется белково-клеточная диссоциация.Электронейромиография (ЭНМГ): метод позволяет оценить возбудимость мышц и проведение нервного импульса по нервам. При синдроме Гийена-Барре проводимость импульса замедлена, можно выявить признаки повреждения миелина или аксонов (отростков нервных клеток, за счет которых в том числе осуществляется питание нервов).

В тяжелых случаях заболевания (быстрое прогрессирование, бульбарные нарушения) следует проводить [суточное мониторирование АД](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-cardiology/BP-monitoring), [ЭКГ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-cardiology/electrocardiography), пульсовуюоксиметрию и исследование функции внешнего дыхания ([спирометрия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lung-function/spirometry), [пикфлоуметрия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/lung-function/peakflowmetry)).

**3**.Профилактика синдрома Гийена-Барре.

В восстановительном периоде важно проведение физиотерапии (массаж), электростимуляции мышц глотки (если имеются нарушения глотания) и занятия лечебной физкультурой. Состояние больного оценивается как клинически, так и объективно, с помощью электронейромиографии.

При своевременном и правильном лечении прогноз благоприятный. Больные выздоравливают, полностью сами себя обслуживают − живут полноценной жизнью, хотя на всю жизнь может сохраниться умеренная слабость в руках и ногах.

**4.** Все пациенты с диагнозом синдром Гийена-Барре подлежат госпитализации в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации. Приблизительно в 30% случаев СГБ в виду развития тяжелой дыхательной недостаточности возникает необходимость в ИВЛ, продолжительность которой определяют индивидуально, ориентируясь на ЖЁЛ, восстановление глотания и кашлевого рефлекса.

В тяжелых случаях с выраженными парезами особое значение для предупреждения осложнений, связанных с длительной обездвиженностью пациента (инфекции, [пролежни](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/bedsore), [тромбоэмболии легочной артерии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pulmonary-embolism)), имеет правильный уход. Необходима периодическая (не менее одного раза в 2 часа) смена положения пациента, уход за кожей, контроль над функциями мочевого пузыря и кишечника, пассивная гимнастика, профилактика аспирации. При стойкой [брадикардии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/bradycardia) с угрозой развития асистолии может потребоваться установка временного [электрокардиостимулятора](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrocardiostimulator/).

В качестве специфической терапии синдрома Гийена-Барре, направленной на купирование аутоиммунного процесса, в настоящее время применяют пульс-терапию иммуноглобулинами класса G и [плазмаферез](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/extracorporeal/plasmapheresis). Эффективность каждого из методов сравнительно одинакова, поэтому их одновременное применение считается нецелесообразным. [Мембранныйплазмаферез](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/extracorporeal/plasmapheresis-membrane) значительно уменьшает выраженность парезов и продолжительность ИВЛ. Следует помнить о противопоказаниях к проведению плазмафереза (инфекции, нарушения свертываемости крови, [печеночная недостаточность](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/liver-failure)), а также о возможных осложнениях (нарушение электролитного состава, гемолиз, аллергические реакции). Иммуноглобулин класса G, как и плазмаферез, уменьшает продолжительность пребывания на ИВЛ; его вводят внутривенно ежедневно в течение 5 дней в дозе 0,4 г/кг. Возможные побочные эффекты: тошнота, головные и мышечные боли, [лихорадка](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/fever).

Симптоматическая терапия при синдроме Гийена-Барре проводится для коррекции нарушений кислотно-основного и водно-электролитного баланса, коррекции уровня артериального давления, профилактики [тромбоза глубоких вен](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/thrombosis) и тромбоэмболии. Оперативное вмешательство может понадобиться для [трахеостомии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laryngopharyngeal-tumor/tracheostomy) в случае продолжительной ИВЛ (более 10 суток), а также[гастростомии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gastric-opening/gastrostomy) при тяжелых и длительных бульбарных нарушениях.

**5.ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ**

**ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК**

**Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Check – card***

**Ф.И.О. студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Группа/факультет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Этап** | **Оценка правильности результата** | | |
| 1.Объяснил пациенту ход и суть предстоящей процедуры и получил согласие на проведение процедуры. | **+** |  | **-** |
| 2.Подложил надувной резиновый круг, вложенный в наволочку, так чтобы крестец находился над его отверстием | **+** | **+/-** | **-** |
| 3.Расправил складки на постельном белье | **+** |  | **-** |
| 4.Изменил положение тела больного каждые 2 часа, если позволяет его состояние | **+** |  | **-** |
| 5.Обработал кожу (обмыл кожу в местах поражения холодной водой с мылом, протер спиртом с последующим припудриванием) | **+** |  | **-** |
| 6.Обработал кожу растворами антисептиков или дезинфицирующими растворами: 10% раствор камфорного спирта; теплая вода – ½ л и уксус, одеколон или спирт – 2 ст. л. | **+** |  | **-** |
| ИТОГО: |  | | |

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки

нет ошибок 0,5 ошибки одна ошибка

+/-

-

+

0 – 0,5 ошибки – «отлично»; 1 – 1,5 ошибки – «хорошо»; 2 – 2,5 ошибки – «удовл.»; более 2,5 ошибок – «неудовл.»

ОЦЕНКА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Экзаменатор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Эталон ответа на ситуационную задачу №5:**

**1.**Миастения (G70.0) –этохроническое прогрессирующее аутоиммунное

нервно-мышечное заболевание(c наследственной предрасположенностью) с наличием кризов, характеризующееся мышечной слабостью и патологической утомляемостью.

Миастенический криз– внезапный приступ резкой слабости дыхательных (до паралича) и глоточных мышц: нарушение дыхания (частое, свистящее), учащение пульса, слюнотечение.

**2**.Серологическое исследование крови (аутоантитела к ацетилхолиновым рецепторам). Положительный результат прозериновой пробы. Электронейромиография, стимуляционная электромиография (феномен посттетанического истощения). Компьютерная томография органов переднего средостения (выявление тимомы).

Для уточнения диагноза необходимо определить феномен патологической утомляемостимышц, поднимающей верхнее веко-фиксация взора больного, отведение глаз вверх. Прозериновая проба: вводят 2мл прозерина 0,5% раствора подкожно, наблюдают за эффектом в течение 40 мин. У больных с миастенией наблюдается полное исчезновение симптомов.

3. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* одышка в покое
* неспособность сглатывать слюну
* неспособность держать голову прямо
* ослабление голоса

*Приоритетная проблема:*

* одышка в покое
* неспособность сглатывать слюну

*Потенциальная проблема:*

* остановка дыхания

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс. | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**4.**Во время криза прежде всего следует обеспечить проходимость дыхательных путей, удалить слизь из глотки с помощью электроотсоса или используя положение тела с опущеной вниз головой. Затем необходимо проведение ИВЛ всеми доступными способами. Использование масок при аппаратном ведении ИВЛ у больных не рекомендуется в связи с имеющейся дисфагией. Для скорейшего купирования криза вводится прозерин 0,5-1,5 мг (1-3 мл 0,05% раствора) внутривенно с предварительным введением 0,6 мг атропина (прозерин, введенный внутривенно, может вызвать остановку сердца), через 15 минут 0,5 мг прозерина вводят подкожно. Возможно введение 60 мг неостигмина (прозерина) в эндотрахеальную трубку или 2,5 мг внутримышечно. На протяжении всего критического периода обязательно проведение дренирования дыхательных путей. В качестве дополнительной помощи применяют преднизолон 90-120 мг в сутки, иммуноглобулин по 0,4 мг в сутки, кардиотонические и симптоматические средства.

Для удаления из организма аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам применяют плазмаферез и гемосорбцию.

**5.Проведение мероприятий по профилактике пролежней**

Цель:Предупреждение образования пролежней.

Показания: риск образования пролежней.

Противопоказания: нет.

Осложнения: нет.

Оснащение: перчатки, фартук, мыло, постельное белье, подкладной резиновый круг, помещенный в чехол, ватно-марлевые круги – 5 шт, раствор камфорного спирта 10 % или 0,5 % раствор нашатырного спирта, подушки, наполненные поролоном или губкой, полотенце.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Сотрудничество больного и медсестры |
| 2. | Вымойте руки. Наденьте перчатки и фартук. | Инфекционная безопасность.  Профилактика ВБИ. |
| 3. | Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней. Обмойте эти участки кожи теплой водой утром и вечером и по мере необходимости. | Последовательность проведения манипуляции,  Контроль состояния кожных покровов. |
| 4. | Протирайте их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж. | Соблюдение требований асептики и улучшение кровообращения в поврежденных тканях. |
| 5. | Следите, чтобы на простыне не было крошек, складок.  Меняйте немедленно мокрое или загрязненное белье. | Контроль за кожными покровами пациента, профилактика нарушений кровообращения. |
| 6. | Используйте подушки наполненные поролоном или губкой для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок – ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрац. | Эффективное использование современных противопролежневых материалов. |
| 7. | Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки. | Соблюдение требований санэпидрежима. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №6:**

**1.**Опухоль лобной доли слева.

**Клиника внутричерепных опухолей складывается из следующих синдромов:**  
1) синдрома повышения внутричерепного давления;   
2) синдромов смещения (дислокации) мозга;   
3) очаговых симптомов (признаками поражения вовлеченных в опухолевый процесс отделов мозга и черепных нервов).

Гипертензионный синдром:  невыносимая головная боль с утренней тошнотой и рвотой. Синдром лобной доли: апатико-абулия, нарушение критических способностей или заметное снижение интеллекта. Судорожный синдром.

**2**.Необходимо провести дополнительные методы исследования: рентгенографию черепа, ЭЭГ, КТ, МРТ, общее клиническое обследование, исследование глазного дна, рентгенография грудной клетки, исследование СМЖ.

**3**.Тактика медсестры на ДГЭ: анамнез, осмотр, организация госпитализации в неврологическое отделение для уточнения диагноза.

4.Основные принципы лечения: оперативный, лучевой, химиотерапевтичес-кий.

**5. Манипуляция подачи судна и мочеприемника, применения подкладного круга.**

Цель:Подать судно, мочеприемник, подкладной круг пациенту.

Показания: удовлетворение физиологических потребностей, профилактика пролежней.

Противопоказания:нет.

Оснащение: ширма, судно (резиновое, эмалированное), мочеприемник (резиновый, стеклянный), подкладной круг, клеенка, кувшин с водой, корнцанг, ватные тампоны, салфетки, бумага.

Возможные проблемы пациента: стеснительность пациента и др, определение степени недостаточности самоухода.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента об использовании судна и мочеприемника. | Сотрудничество больного и медсестры. |
| 2. | Отгородите его ширмой от окружающих. | Психологической защита. |
| 3. | Наденьте перчатки. | Профилактика ВБИ. |
| 4. | Ополосните судно теплой водой, оставив в нем немного воды. Подведите правой рукой судно под ягодицы пациента, поверните его на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.  Подайте мужчине мочеприемник. | С целью получения качественного результата. |
| 5. | Снимите перчатки. Укройте пациента одеялом и оставьте его одного. Поправьте подушки, чтобы пациент находился в положении полусидя. | Инфекционная безопасность.  Профилактика ВБИ. |
| 6. | Наденьте перчатки. Выньте судно правой рукой из-под пациента, прикройте его. Вытрите область анального отверстия туалетной бумагой. Поставьте чистое судно пациенту. | Инфекционная безопасность и профилактика ВБИ. |
| 7. | Подмойте пациента, осушите промежность, уберите судно, клеенку, помогите пациенту удобно лечь. Уберите ширму. | Исполнение требований гигиены. |
| 8. | Вылейте содержимое судна в унитаз. Обработайте судно в соответствии с требованиями санэпидрежима. Снимите перчатки, вымойте руки. | Соблюдение требований санэпидрежима. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №7:**

**1.**ДДЗП – дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника (группа заболеваний позвоночного  столба).

Спондилогенная – причиной которого явилось повреждение позвонков.

Радикулопатия L5 справа – повреждение спинномозговых корешков, выходящих между 4-м и 5-м поясничными сегментами и 5-м поясничным и 1-м крестцовым сегментами спинного мозга справа.

Нарушение статики и динамики – нарушение двигательной функции (например ограничение подвижности) в поясничном отделе, нарушение статики – затруднение длительного пребывания в одном положении (например человек не может находится в положении сидя за рулем более 30 минут, начинаются выраженные боли и онемение).

Фаза обострения – обострение заболевания, период в который интенсивность симптомов и жалоб достигла своего пика.

**2**.МРТ пояснично-крестцового отдела.

3. Проблемы пациента.

*Настоящие проблемы:*

* резкие боли в поясничном отделе позвоночника (боль усиливается при движении и физической нагрузке)
* боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа

*Приоритетная проблема*:

* резкие боли в поясничном отделе позвоночника

*Потенциальные проблемы*:

* пролежни

**2.***Краткосрочная цель:* уменьшить боль

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациента

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора препарата. |
| 4 | По согласованию с врачом вводить НПВП, анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль. | Облегчение страданий пациента. |
| 6 | Объяснять пациенту все проводимые процедуры. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Использовать процедуры релаксации. | Для уменьшения боли. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**4.**Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**5. Манипуляция измерения температуры тела в подмышечной впадине и ротовой полости пациента**

Цель:Измерить температуру тела пациента и зафиксировать результат в температурном листе.

Показания: наблюдение за показателями температуры в течение суток, при изменении состояние пациента.

Противопоказания:нет.

Оснащение: медицинские термометры, температурный лист, емкости для хранения чистых термометров со слоем ваты на дне, емкости для дезинфекции термометров, дезинфицирующие растворы, часы, полотенце, марлевые салфетки.

Возможные проблемы пациента:негативный настрой к вмешательству, воспалительные процессы в подмышечной впадине.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Сотрудничество больного и медсестры. |
| 2. | Возьмите чистый термометр, проверьте его целостность  Встряхните термометр до t < 35 *º* С. | Профилактика  ошибки измерения. |
| 3. | Осмотрите и вытрите область подмышечной впадины пациента сухой салфеткой. Поставьте термометр в подмышечную впадину и попросите пациента придать его рукой. | Соблюдение  гигиенических норм. |
| 4. | Измеряйте температуру в течение 10 минут. Извлеките термометр, определите температуру тела. | Точность измерения. |
| 5. | Зарегистрируйте результаты температуры сначала в общем температурном листе, а затем в температурном листе истории болезни. | Исполнение инструкции  по оформлению  документов. |
| 6. | Обработайте термометр в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки Храните термометры в сухом виде в емкости для чистых термометров. | Инфекционная  безопасность и профилактика ВБИ. |

Примечание: Не измеряйте температуру у спящих пациентов.

1.Температуру измеряют, как правило, два раза в день: утром натощак (с 7 до 9 часов) и вечером (с 17 до 19). По назначению врача температура может измеряться через каждые 2-3 часа.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №8:**

1.Невропатия лицевого нерва – это односторонний паралич мимических мышц, возникающий в результате поражения лицевого нерва. Лицевой нерв (VII п. ЧМН) отвечает за мимику, работу слюнных и слезных желез, поверхностную чувствительность лица, восприятие звуков и вкусов. Основной симптом невропатии лицевого нерва – это односторонний паралич мышц лица. Пораженная сторона похожа на маску: носогубная складка и морщины на лбу (если они были) разглажены, угол рта опущен. При попытке зажмурить глаза глазная щель на пораженной стороне не смыкается, при попытке оскалить зубы угол рта не поднимается. Для невропатии лицевого нерва также характерны симптомы: сухость во рту, потеря вкуса на языке с пораженной стороны, снижение слуха или наоборот его обострение,болезненная чувствительность к звукам (гиперакузия).

**2.**Необходимо провести общее клиническое обследование, электромиографию.

**3.**Тактика медсестры на догоспитальном этапе.

В острой стадии больных необходимо госпитализировать.Невропатия лицевого нерва – заболевание, требующее немедленного лечения. Отсутствие лечения может привести к стойкому параличу лица.

**4**.Методы лечения в стационаре:

а)Кортикостероиды (в первые дни заболевания преднизолон 60-80мг в сутки). В течение 5-7дней.

б)Введение реополиглюкина, пентоксифиллина, трентала.

в) Вследствие неполного закрытия и сухости глаз возникает угроза изъязвления роговицы, рекомендуется ношение очков, закапывание увлажняющих глазных капель визин.

г) Гимнастика мимических мышц (перед зеркалом), парафиновые аппликации, точечный массаж, рефлексотерапия.

д) Реконструктивные операции.

**5. Проведение пункции вены и подключение системы для транфузии**

Цели:провести пункцию вены и подключить капельницу.

Показания: переливание растворов, крови.

Противопоказания:нет.

Осложнения:возможно перфорация сосуда и образование гематомы, воздушная эмболия.

Оснащение: перчатки, маска, кожный антисептик, стерильный материал, шприцы, иглы, капельница, емкость для использованного материала.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Приготовить все необходимое для пункции и трансфузии. | Оптимизация выполнения манипуляции. |
| 2. | Объясняют пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Уложите пациента и во время выполнения манипуляции постоянно находитесь лицом к нему. | Возможность видеть реакцию пациента на манипуляцию. |
| 4. | Вымойте руки на гигиеническом уровне, обработайте антисептиком и наденьте перчатки | Инфекционная безопасность. |
| 5. | Обработать кожу места предполагаемой пункции дважды, раствором антисептика, захватить и натянуть кожу пациента с двух сторон так, чтобы большой палец фиксировал вену, иглу со шприцем направить под углом 45º и несколько сбоку от вены и на 1-1,5 см ниже выбранного места. | Профилактика инфицирования. |
| 6. | Проколоть кожу и ткани, уменьшая угол наклона и ввести иглу в вену, для контроля точности попадания получить обратный ток венозной крови. | Последовательное выполнение манипуляции помогает избежать ошибки при ее выполнении. |
| 7. | Затем распустить жгут и сняв с (предварительно подготовленной) системы колпачок, вставить конец капельницы в канюлю в иглы, с последующей фиксацией иглы и системы к коже. | Последовательность выполнения манипуляции. |
| 8. | Скорость введения раствора устанавливают при помощи специального зажима на капельнице, по окончанию введения, иглу извлекают из вены, предварительно прижав вену ватно-марлевым шариком, смоченным антисептиком, а конечность сгибают в суставе. | Профилактика возможных осложнений. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №9:**

**1.** Симптомы сдавления головного мозга (брадикардия до 40 −50 ударов в минуту, односторонний мидриаз, стойкий гемипарез, двусторонние патологические стопные знаки, фокальные или генерализованные судорожные припадки). Главная **опасность внутричерепной гематомы состоит в том, что она оказывает существенное давление на мозг.** В результате может образоваться отек мозга с поражением мозговой ткани и ее последующим разрушением.

**2.Неотложная помощь**. **Госпитализация**: в срочном порядке в нейрохирургический стационар, так как этим пострадавшим показано экстренное оперативное вмешательство по жизненным показаниям.Проводятся мероприятия по коррекции витальных нарушений для предотвращения развития прогрессирующего отека и дислокации головного мозга. **Спинномозговая пункция противопоказана из-за опасности вклинения.** При ранах и сдавленных переломах костей свода черепа после осторожной, щадящей обработки накладывают асептическую повязку с использованием ватно-марлевого «бублика» (с целью предотвратить дальнейшее внедрение костных отломков и повреждение мозгового вещества).

3. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* потеря сознания
* пульс54 удара в минуту
* головная боль

*Приоритетная проблема:*

* потеря сознания

*Потенциальная проблема:*

* развитие прогрессирующего отека и дислокации головного мозга

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринскогоухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2. | Каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3. | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Подготовка к краниотомии. | Экстренное оперативное вмешательство по жизненным показаниям. |
| 5. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 6. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 7. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 8. | При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 9. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 10. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 11. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 12. | Послеоперационный уход при внутричерепной гематоме в палате интенсивной терапии | Высокий риск внезапного ухудшения состояния. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**2**.Для уточнения диагноза необходимо провести следующее дополнительное обследование: Рентгенография черепа, Эхоэнцефалоскопия, КТ, МРТ, при их отсутствии-церебральная ангиография. Спинномозговая пункция противопоказана из-за опасности вклинения!

**5. Набор для проведения люмбальной пункции**

Цели: проведение люмбальной пункции

Показания: заболевания, травмы черепа и позвоночника.

Противопоказания: непереносимость к препаратам новокаина, тяжесть состояния.

Осложнения: инфицирование оболочек спинного мозга.

Оснащение: лидокаина, тримекаина, бупивакаина, кожный антисептик, йод, перчатки, стерильный пинцет, маска, шприц 20ml, новокаин 0,25%, игла (10-12 см.), стерильный материал, липкий пластырь, стерильный лоток, контейнер для отходов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Убедитесь в необходимости данной манипуляции. (назначение в истории болезни). | Определение показаний к манипуляции. |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическая подготовка. |
| 3. | Одевают маску руки моют под проточной водой с мылом, вытираются насухо. | Последовательность выполнения манипуляции. |
| 4. | Обрабатывают руки хирургическим способом, одевают стерильные перчатки. | Инфекционная безопасность. |
| 5. | Обработать кожу (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната) в месте будущей пункции. | Профилактика инфицирования. |
| 6. | Открывается стерильный стол, (стерильным  пинцетом, стоящим во флаконе с 6% перекисью водорода, рядом со столом), берется стерильный лоток, куда кладут два пинцета, ножницы, стерильный материал, иглу для люмбальной пункции (10-12 см с мандреном). Одноразовый шприц 10-20 мл. Стерильный стол закрывают. | Профилактика ВБИ. |
| 7. | Готовится все необходимое для манипуляции (флаконлидокаина, тримекаина, бупивакаина, 10-20 мл, спирт, йод или хлоргексидин, стерильные перчатки, пластырь). | Качественное проведение манипуляции |

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 10:**

**1.**Медицинская сестра рискует при данной ситуации заразиться такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ-инфекция, парентеральные гепатиты, сифилис и т.д. Пути передачи при ВИЧ-инфекции: половой, парентеральный, трансплацентарный, в родах, при кормлении грудным молоком. При данной ситуации парентеральный путь (через кровь) является приоритетным.

**2**. План действий медицинского работника по профилактике заболевания ВИЧ-инфекцией при контакте с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного:

а) при попадании биологических жидкостей:

кожу следует в течение двух минут обработать раствором антисептика (70% раствором спирта), не втирая, через 5 минут вымыть теплой водой с мылом двукратно и повторить обработку антисептиком;

слизистые оболочки обработать 0,05% раствором перманганата калия, рот и горло можно прополоскать 70% раствором спирта;

при уколах и порезах кровь выдавить или дать ей истечь, кожу обработать 70% раствором спирта, тщательно вымыть руки под проточной водой, края раны обработать 5% раствором йода рану заклеить лейкопластырем.

б) об аварийной ситуации сообщить руководителю и зафиксировать в специальном журнале;

в) обратиться к врачу-инфекционисту для консультации и наблюдаться у него в течение 12 месяцев;

г) пройти лабораторное обследование на наличие антител к ВИЧ;

д) по назначению врача, не позднее 3 суток начать химиопрофилактику антиретровирусными препаратами.

**3**.Группы риска – это категории лиц, среди которых регистрируется наибольший уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией. К ним относятся:

* гомо- и бисексуалы;
* внутривенные наркоманы;
* лица с беспорядочными половыми связями;
* реципиенты крови, биологических жидкостей, тканей и органов.

**4**.Все манипуляции, при которых может произойти контакт с биологическими жидкостями больного, проводятся в хирургическом халате, резиновых перчатках, шапочке, сменной обуви; при угрозе разбрызгивания следует использовать маску, очки, защитный экран, клеенчатый или резиновый фартук.

**5**.**Алгоритм выполнения внутримышечной инъекции**

Цель:

- лечебная;

- диагностическая.

Оснащение:

* стерильныйшприц 5-10 мл;
* иглы 1060 или 0840;
* игла для набора лекарства;
* стерильный лоток;
* лоток для использованного материала;
* ватные шарики;
* перчатки;
* пинцет;
* маска;
* этиловый спирт 70 %;
* ёмкость с дезинфицирующим раствором;
* лекарственные средства.

Места введения:

* верхний наружный квадрант ягодицы (классическое место);
* средняя треть передненаружной поверхности бедра.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Последовательность действий** | **Обоснование** |
| **1.** | Объяснить пациенту о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. Получить согласие пациента на процедуру.  Удобно усадить или уложить пациента. Уточнить у пациента аллергоанамнез. | Соблюдение прав пациента. |
| **2.** | Вымыть руки, высушить.  Надеть стерильные перчатки. | Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала. |
| **3.** | Подготовить необходимое оснащение (стерильный лоток, стерильный шприц, лекарственный препарат). | Обеспечение эффективного проведения процедуры. |
| **4.** | Пропальпировать место инъекции. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. | Профилактика постинъекционных осложнений. |
| **5.** | Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| **6.** | Обработать другим ватным шариком место инъекции. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| **7.** | Держа шприц в правой руке (срез иглы направлен вниз под углом 90 градусов), ввести иглу одномоментно в мышцу, глубоко на 2/3 длины иглы. | Соблюдение техники манипуляции. |
| **8.** | Ввести медленно лекарственное средство. | Профилактика постинъекционного инфильтрата. |
| **9.** | Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. | Профилактика развития постинъекционного абсцесса. |
| **10.** | Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария (отходы класса Б).  Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.  Вымыть и высушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |

**Раздел 2. Патология нервной системы**

**Тема 2.1. Заболевания периферической нервной системы**

**Ситуационная задача № 1**

Мужчине 43 лет. Предъявляет жалобы на резкие боли в области поясницы, иррадиирующие в ногу и усиливающиеся при ходьбе и физическом напряжении.

В анамнезе: работает грузчиком в порту 3 года, боли появились 1,5 года назад, а за последнюю неделю состояние значительно ухудшилось.

Объективно: поясничный лордоз сглажен, левосторонний сколиоз поясничного отдела, гипотония икроножных мышц справа, движения в поясничном отделе ограничены. Симптомы Нери и Ласега положительные. Коленный рефлекс справа снижен. Иррадиация боли –наружная поверхность бедра и голени, тыл стопы, I и II пальцы. Линия боли – наружная поверхность ноги (лампас).

Диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела с болевым корешковым синдромом по L5 –корешку справа, рецидивирующее течение, затянувшееся обострение, значительно выраженный болевой синдром.

Задания:

1.Назовите и охарактеризуйте болевые рефлекторные синдромы   
остеохондроза позвоночника.

2.Расскажите об объеме догоспитальной помощи.

3.Назовите дополнительные диагностические методы исследования в стационаре.

4.Сформируйте проблемы, цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

5.Определите симптомы Нери и Ласега.

**Ситуационная задача № 2**

Больная 30-ти лет предъявляет жалобы на слабость в руках и ногах, чувство онемения в стопах, общую слабость.

Из анамнеза:в течение 7 дней беспокоило повышение температуры до 37,8- 38,2° С, боль в горле. После проведенной антибактериальной терапии состояние улучшилось. Ухудшение состояния наступило на 8-9 день: появилась слабость в нижних конечностях, потом в верхних конечностях, общая слабость. Больная не в состоянии ходить и сидеть без посторонней помощи, развилось поперхивание при глотании.

Объективно:общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны громкие, ритм правильный. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 98 ударов в мин. АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: зрачки D=S, фотореакция сохранена. Движения в верхних и нижних конечностях отсутствуют, выпадение сухожильных рефлексов, снижение чувствительности в области стоп, кистей. Отмечается слабость мимической мускулатуры (лагофтальм). Патологических стопных рефлексов нет. ЭКГ: патологии не выявлено.

Диагноз:Острая постинфекционная [полирадикулоневропатия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F) (синдром Гийена-Барре).

Задания:

1.Обоснуйте отнесение синдрома к неотложным состояниям.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Расскажите о принципах лечения в стационаре.

4.Охарактеризуйте уход при синдроме.

5.Составьте план реабилитационных мероприятий.

**Ситуационная задача № 3**

Студент медицинского колледжа, по ночам работает санитаром в хирургическом отделении, помогает матери воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.

**Задания:**

1.Определите состояние пациента и неврологический синдром.

2.Объясните, с чем связаны жалобы пациента.

3.Предложите меры профилактики.

4.Охарактеризуйте тактику лечения.

5.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план реализации сестринских вмешательств.

**Ситуационная задача № 4**

Больной С, 17 лет, предъявляет жалобы на слабость в ногах и руках, сниженный фон настроения. Анамнез болезни: считает себя больным в течение последних 3-х недель, когда впервые стали беспокоить боли и парестезии в мышцах ног. В дальнейшем стал отмечать появление слабости в ногах и в руках, в течение последней недели слабость усилилась. Последние два месяца злоупотреблял алкоголем, плохо питался.   
Неврологический статус: сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован, на вопросы дает адекватные ответы. Зрачки правильной формы и величины D=S, фотореакции умеренной степени живости. Нистагма нет. Слух сохранен. Фонация и глотание не нарушены.   
Объем активных движений ограничен во всех конечностях. Мышечная сила снижена в проксимальных отделах рук до 3,5 баллов, ног - до 2 баллов, в дистальных отделах 4- х конечностей до 3,5 баллов. Гипотония мышц во всех конечностях. Гипотрофия мышц плечевого и тазового пояса, спины и проксимальных отделов конечностей. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук D > S, средней живости; коленные D < S, торпидные, быстро истощаются; ахилловы отсутствуют с 2- х сторон. Патологические знаки не вызываются. Брюшные рефлексы живые. Менингеальных знаков нет. Чувствительных нарушений не выявлено. Выраженные вегетативные реакции в виде общего гипергидроза с акцентом в кистях и стопах, пиломоторные кожные реакции. Тремор век и пальцев вытянутых рук. Эмоциональная лабильность.

Диагноз: Дисметаболическаяполинейропатия (алкогольная) с умеренным тетрапарезом.

**Задания:**

1.Охарактеризуйте алкогольную полинейропатию.

2.Перечислите начальные проявления и симптомы развернутой стадии заболевания.

3.Составьте таблицу признаков поражения центрального и периферического мотонейрона.

4.Сформулируйтете проблемы, цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

5. Дайте рекомендации созависимым.

**Ситуационная задача № 5**

В здравпункт колледжа обратилась студентка 17 лет после экзамена.

Предъявляет жалобы на головные боли, локализованные справа, больше в височной области, а также на тошноту и однократную рвоту.

Из анамнеза: боли появились год назад и возникают приступами, длящимися 2-5 часов.боль пульсирующая, изнуряющая и практически не купируется обычными анальгезирующими лекарствами.  
Во время приступа пациентка не переносит яркий свет. Приступу предшествует мерцание и «мушки» перед глазами.Постприступная фаза продолжается несколько часов или суток; отмечаются астения, сонливость, затем самочувствие постепенно нормализуется.

Объективно: лицо бледное, настроение подавлено, отмечается слабость в руке, АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 94 удара в минуту, температура тела 36,6°С, на стороне боли отмечается инъецированность сосудов конъюнктивы, слезотечение, отечность периорбитальных тканей и височной области, гипергидроз.

Задания:

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите первую помощь при приступе мигрени.

3.Сформулируйте проблемы, цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства

4.Охарактеризуйте триггеры мигрени.

5. Обучить пациентку принципам предотвращения приступов мигрени.

**Ситуационная задача № 6**

Женщина 33 лет предъявляет жалобы на боли в области сердца колющего характера, в течение 2-х часов, не купирующиесянитроглицерином, ощущениями сердцебиений и перебоев в области сердца, тревогу, чувство нехватки воздуха, озноб, дурноту, частое мочеиспускание, онемение и дрожанием конечностей, бледность и сухость кожи.

Из анамнеза:приступы в течение 3-х лет, преимущественно после физической и эмоциональной нагрузок. Последний приступ развился после стрессовой ситуации.

Объективно:общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Возбуждена. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту, ритм правильный, дыхание глубокое. Cердечные тоны громкие, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. АД 138/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус:патологии не выявлено. ЭКГ: патологии не выявлено.

Задания:

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите первую помощь при кризе.

3.Предложите методы обследования.

4.Составьте таблицу характеристики функционального состояния автономной нервной системы по основным клиническим проявлениям.

5. Обучите пациентку профилактике кризов.

**Ситуационная задача № 7**

Студент медицинского колледжа работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент перекладывания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.

**Задания:**

1.Определите неотложное состояние.

2.Предложите методы обследования.

3.Предложите режим двигательной активности и принципы ЛФК.

4.Расскажите о принципах лечения.

5.Предложите план профилактических мероприятий.

**Ситуационная задача № 8**

У больного 40 лет после физической нагрузки появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра справа. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, снижение правого ахиллова рефлекса, симптом Лассега справа.

Диагноз:Спондилогеннаярадикулопатия S1 справа.

**Задания:**

1.Охарактеризуйте принципы неотложной помощи.

2.Предложите методы обследования.

3.Составьте режим разрешенной двигательной активности.

4.Назовите методы профилактики радикулита.

5.Расскажите об уходе при радикулите.

**Ситуационная задача № 9**

Женщина 30 лет, поднимая на руки своего четырехлетнего сына, внезапно, почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

**Задания:**

1.Сформулируйте вертеброневрологический синдром.

2.Назовите методы обследования.

3.Дайте рекомендации по лечению в домашних условиях.

4.Предложите режим разрешенной двигательной активности.

5.Расскажите о профилактике остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

**Ситуационная задача № 10**

Мужчина 30 лет обратился к терапевту, в связи с тем, что после десяти часов работы за компьютером, почувствовал сильную боль в шее, больше справа. При осмотре выявлено выраженное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, при пальпации болезненность и напряжение мышц задней поверхности шеи. Других неврологических симптомов нет.

**Задания:**

1.Сформулируйте вертеброневрологический синдром.

2.Назовите методы обследования.

3.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Расскажите о профилактике остеохондроза шейного отдела позвоночника.

5.Обучите пациента упражнениям для восстановления работоспособност

**Эталоны ответов к ситуационным задачам.Раздел 2. Патология нервной системы.**

**Тема 2.1. Заболевания периферической нервной системы**

**Эталон ответа на ситуационную задачу №1:**

**1.**Дорсалгия – боль в спине.

В зависимости от локализации, принято выделять три основных вида боли в спине – цервикалгия, [торакалгия](http://osteohondroz-med.ru/torakalgiya-mexanizmy-razvitiya-bolevogo-sindroma-i-obektivnye-trudnosti-diagnostiki.html) и [люмбалгия](http://osteohondroz-med.ru/lyumbalgiya-osobennosti-xronicheskoj-spinalnoj-boli.html). Соответственно, в первом случае мы имеем дело с болевым синдромом в области шеи, во втором – болит грудной отдел, в третьем пациент жалуется на боли в пояснице.

Цервикаго («шейный прострел») – острые боли в шейном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении.

Люмбаго («поясничный прострел»)– это острая боль в пояснично-крестцовой области, увеличивается при движении.

Люмбоишиалгия – это острая боль в пояснично-крестцовой области, иррадиирущая в ногу. Боль распространяется по задней поверхности бедра, но не доходит до подколенной ямки.

**2.**Организовать госпитализацию в стационар или передать активный вызов участковому врачу в амбулаторно-поликлиническое учреждение.

**3.** В стационаре необходимо сделать рентгенографию позвоночника (спондилографию) и КТ (компьютерную томографию).

**4**.Проблемы пациента.

*Настоящие проблемы:*

* боли в области поясницы, иррадиирующие в ногу и усиливающиеся при ходьбе и физическом напряжении

*Приоритетная проблема*:

* резкие боли в поясничном отделе позвоночника

*Потенциальные проблемы*:

* пролежни

*Краткосрочная цель:* уменьшить боль.

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациента.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4 | По согласованию с врачом  использование анальгетиков метамизола натрия (анальгина), парацетамола, трамадола (трамала) и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) энтерально и парентерально. | Купирования болевого синдрома. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль | Облегчение страданий пациента. |
| 6 | Ассистирование врачу при проведении  паравертебральных блокад с использованием антестетиков и кортикостероидов 1 раз в 3 дня. Курс лечения (устранения острых болей) 3-4 блокады. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Соблюдать назначения врача: физиотерапия, массаж, кинезотерапия. | Для уменьшения боли. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**5.** Симптом Нери определяется следующим образом: пациент лежит на спине, голова приводится к груди; при этом появляется боль в пояснице, отдающаяся в ногу. Симптом Ласега: пациент лежит на спине с вытянутыми ногами; нога сгибается в тазобедренном и коленном суставах, появляется боль в пояснице с иррадиацией книзу, которая исчезает при разгибании ноги.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №2:**

**1.**Синдром Гийе́на - Барре́ (СГБ, острый полирадикулит) − острая аутоиммунная воспалительная [полирадикулоневропатия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F), проявляющаяся вялыми [парезами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%B7), нарушениями чувствительности ([парестезиями](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F) пальцев стоп и кистей), вегетативными расстройствами (повышение или падение артериального давления, ортостатическая [гипотензия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D1%8F), синусовая [тахикардия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D1%85%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F),[брадиаритмия](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), преходящая задержка мочи).

Даже в лёгких случаях к синдрому Гийена -Барре в острой фазе следует относиться как к неотложному состоянию ввиду опасности быстрого развития тяжелой дыхательной недостаточности или нарушения [сердечного ритма](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%86%D0%B8%D0%BA%D0%BB). Обязательна срочная госпитализация больных в отделения интенсивной терапии. В фазе прогрессирования − почасовое наблюдение за состоянием больного с оценкой дыхательной функции, сердечного ритма, артериального давления, состояния бульбарной мускулатуры, тазовых функций. Ранние признаки дыхательной недостаточности: ослабление голоса, необходимость делать паузы для вдоха во время разговора, выступание пота на лбу и тахикардия при форсированном дыхании, ослабление кашля. При бульбарном параличе бывают необходимы [интубация](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и введение назогастрального зонда.

**2**.Необходимо провести спинномозговую пункцию. При исследовании спинномозговой жидкости определяется белково-клеточная диссоциация (значительное увеличение белка, умеренное увеличение цитоза).

**3**.Цели лечения синдрома.

Поддержание жизненно важных функций, купирование аутоиммунного процесса с помощью специфической терапии, профилактика осложнений.

Лечение проводится в  условиях отделения интенсивной терапии.

Основным методом лечения в стационаре является внутривенное введение иммуноглобулина, плазмаферез. Симптоматическая терапия: при тахикардиианаприлин, при брадикардии атропин, анальгетики. При стойкой брадиаритмии с угрозой развития асистолии может потребоваться установка временного водителя ритма. Для профилактики легочной инфекции проводят дыхательную гимнастику, вибрационный массаж грудной клетки.

**4.**Уход при синдроме.

В тяжёлых случаях с выраженными парезами принципиальное значение для предупреждения осложнений, связанных с длительной обездвиженностью больного (пролежни, инфекции, тромбоэмболические осложнения и пр.), имеет правильный уход: периодическая (каждые 2 ч или чаще) смена положения пациента, уход за кожей, профилактика аспирации (санация полости рта и носа, кормление через назогастральный зонд, санация трахеи и бронхов (при проведении ИВЛ), контроль за функциями мочевого пузыря и кишечника, пассивная гимнастика и массаж конечностей и т.п.

Один из важных аспектов помощи больным с синдромом Гийена-Барре в условиях отделения интенсивной терапии − коррекции выраженной тревоги, которая бывает вызвана полным обездвиживанием больного на фоне сохранного интеллекта. В связи с этим важное значение имеет психологическая поддержка. Больным необходимо объяснить суть заболевания, особенности его течения, включая возможность прогрессирования, ознакомить с методами лечения на различных стадиях. Им важно разъяснить, что вероятность полного восстановления весьма высока, даже если какое-то время они будут находиться на искусственной вентиляции легких. Установление контакта с помощью движений глаз уменьшает возникающее у больных чувство изоляции от мира.

**5.**После окончания острого периода необходимы комплексные реабилитационные мероприятия, план которых составляют в индивидуальном порядке в зависимости от выраженности резидуальной симптоматики (ЛФК, массаж и пр., при этом тепловые процедуры противопоказаны!).

Пациентов, перенёсших синдром Гийена-Барре, следует информировать о необходимости соблюдать охранительный режим не менее 6-12 месяцев после окончания заболевания. Недопустимы физические перегрузки, перегревание, переохлаждение, избыточная инсоляция, приём алкоголя. Также в этот период следует воздерживаться от вакцинации.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 3:**

**1**.Астенический невроз. Синдром вегетативной дисфункции.

*Неврастения* (астенический невроз, невроз истощения)

Типичное проявление неврастении – астенический синдром:

1. Собственно астения

- повышенная утомляемость в сочетании с повышенной раздражительностью, гиперестезией;

- снижение трудоспособности;

-ухудшение памяти и внимания(механическое чтение без усвоения содержания прочитанного )

2. Вегетативные проявления

-гипергидроз, тахикардия, повышение АД, дерматографизм, головная боль.

3. Расстройства сна

- нарушение засыпания, сон с пробуждениями ночью, после ночного сна нет бодрости.

Внутриличностный конфликт обычно состоит в том, что человек стремится занять достойное положение в обществе (получить образование, создать семью) и при этом хочет, чтобы его избавили от нагрузки, оставили в покое.

Госпитализация не показана.

**2**.Жалобы пациента могут быть связаны с неблагоприятным сочетанием двух факторов: конституциональной вегетативной дисфункции и факторов внешней среды (недостаток отдыха, хроническое эмоциональное напряжение).

**3.** Нормализация режима труда и отдыха. Прогулки, водные процедуры, занятия физкультурой.

**4**.Аутотренинг. Магний В6. При необходимости короткий курс транквилизаторов.

**5.** *Настоящие проблемы*:

* непостоянная головная боль
* ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться
* повышенная раздражительность
* непостоянная головная боль
* плохой сон
* плохое настроение
* повышенную утомляемости
* периодическое сердцебиение

*Приоритетная проблема*: нарушение сна

*Потенциальная проблема*: повышение утомляемости

*Краткосрочные цели:* сон нормализуется

*Долгосрочные цели:* к моменту выписки пациент будет ощущать себя комфортно.

*Реализация вмешательств.*

*Независимые:*

* наблюдение
* проветривание палаты
* влажная уборка
* тишина.

*Взаимозависимые*: подготовка к обследованию*.*

*Зависимые:* выполнение назначений врача*.*

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 4:**

**1.**Алкогольнаяполинейропатия– аксональная полиневропатия с выраженными чувствительными и двигательными расстройствами.

Невропатия – поражение периферического нерва неинфекционного характера с развитием вялого пареза или паралича.

**2**.Начальные проявления:жгучие, мучительные боли и парестезии в дистальных отделах нижних конечностей;судороги (крампи) икроножных мышц, которые чаще возникают в ночное время в постели; слабость в ногах, в первую очередь в стопах. В развернутой стадии заболевания наблюдаются:вялый нижний парапарез;максимальная мышечная слабость при тыльном сгибании стоп («петушинная» походка); затруднение при подъеме по лестнице;характерные расстройства чувствительности по типу «носков»; трофические расстройства; угнетение ахилловых и коленных рефлексов;в тяжёлых случаях подобные симптомы отмечаются и в верхних конечностях.

**3.**Признаки поражения центрального и периферического мотонейрона

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Спастический паралич | Периферический  паралич |
| Мышечная сила | **↓** понижена | **↓** понижена |
| Мышечный тонус | **↑** повышен | **↓** понижен |
| Сухожильные рефлексы | оживление на стороне мышечной слабости | **↓** понижены |
| Атрофия мышц | **−** отсутствует | **+** присутствует |
| Патологические  рефлексы | Пирамидные стопные знаки (симптом Бабинского и Россолимо) | **−** отсутствуют |

**4.** Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* слабость в ногах и руках
* сниженный фон настроения

*Приоритетная проблема:*

* снижение силы мышц всех конечностей

*Потенциальная проблема:*

* алкогольная деменция
* мозжечковая дегенерация
* эпилептиформный синдром

**2**.*Краткосрочная цель*: к концу смены пациент будет чувствовать себя комфортно с помощью медсестры.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет знать о необходимости противоалкогольной терапии.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента и окружающих. |
| 2 | Тишина, проветривание палаты, влажные уборки. | Для создания психического и физического комфорта. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики и исключения соматической патологии. |
| 4 | Контроль АД, пульса, диуреза, температуры. | Для контроля состояния. |
| 5 | Смена нательного и постельного белья. | Для создания комфорта. |
| 6 | Контролировать нахождение больного в постели. | С целью лечения. |
| 7 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |

*Оценка результата:* больной чувствует себя комфортно.

**5**.Лечение патологического влечения к алкоголю у психотерапевта, нарколога. Родственникам своим поведением не поощрять употребление алкоголя (не контролировать и не жалеть зависимого), а мотивировать на лечение.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №5:**

**1.** Приступ мигрени.Ассоциированная или классическая форма заболевания –  **мигрень с ауро**й.

**2**. Первая помощь при приступе мигрени.

* При первых признаках мигрени принять имеющийся препарат от [головнойболи](http://www.medweb.ru/encyclopedias/spravochnik-po-zabolevaniyam-i-sostoyaniyam/article/golovnaya-bol) (нестероидные анальгетики, препараты эрготомина, кофеина, кодеина, опиоиды и их комбинации, триптаны).
* Обеспечить покой и отдых, изолировать человека от внешних раздражителей.
* Необходимо по возможности прервать работу, перейти в тихое пустое помещение, задернуть шторы, прилечь, закрыть глаза и расслабиться.
* Облегчение может принести массаж головы и шеи, горячие или холодные компрессы на область лба и затылка, сладкий крепкий [чай](http://www.medweb.ru/encyclopedias/poleznie_producti/article/ep_chai) или кофе и прочие меры.
* Если спустя час головная боль уменьшилась, но не прекратилась совсем, рекомендуется принять вторую дозу препарата. Если боль осталась прежней или нарастает, принятое лекарство признается неэффективным. Необходима консультация невролога для дальнейшего подбора терапии.
* Если спустя два часа от начала приступа боль прошла, можно возвращаться к привычной деятельности.
* Если приступ мигренозных болей продолжается более 72 часов, интенсивность боли возрастает, наблюдается многократная рвота– это мигренозный статус. Состояние требует срочной госпитализации и интенсивной терапии. Без лечения статус заканчивается отеком головного мозга, инсультом.

**3**.Проблемы пациента.

*Настоящие проблемы:*

* головные боли, локализованные справа, больше в височной области
* тошнота
* однократная рвота

*Приоритетная проблема*:

* изнуряющая головная боль

*Потенциальные проблемы*:

* депрессия

*Краткосрочная цель:* к концу сменыуменьшить головную боль.

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4 | По согласованию с врачом вводить анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль. | Облегчение страданий пациента |
| 6 | Объяснять пациентке все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Занятия йогой или упражнения по релаксации (аутотренинг), массаж шеи, воротниковой области, рефлексотерапия. | Коррекция  стрессового состояния и избыточного напряжения перикраниальных мышц. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациентки уменьшились.

**4.** Научившись выявлять триггеры и, если это возможно, избегать их, можно уменьшить количество приступов мигрени без применения лекарств. Ниже представлены основные триггеры (провоцирующие факторы) мигрени.

Питание: в основном это задержка или пропуск приема пищи (голод), или же неподходящее питание, резкое прекращение приема кофе, потеря (недостаток) жидкости. Приступы мигрени могут вызывать некоторые продукты питания (сыр, шоколад, кофе, цитрусовые и др.), а также кофеин, алкоголь (но лишь для некоторых людей и не во всех случаях).

Сон: изменение режима сна: как недостаток сна, так и слишком продолжительный сон.

Другие факторы, связанные с образом жизни: интенсивная физическая нагрузка, дальние поездки, особенно смена часовых поясов, курение.

Окружающая обстановка: яркий или мерцающий свет, сильные запахи (иногда даже приятные) и резкие перемены погоды.

Психологические: отрицательные эмоции или, как это ни удивительно, расслабление после стрессовой ситуации.

Гормональные факторы у женщин: менструация, перерыв в гормональной контрацепции или заместительной гормонотерапии (ЗГТ).

**5.** В лечении мигрени можно выделить три принципа – предотвращение приступов, их лечение и профилактика.

* Предотвращение приступов мигрени. Научив пациента выявлять предвестники, идентифицировать триггеры мигрени и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень, можно добиться предотвращения или значительного снижения количества приступов без применения лекарств.
* Лечение приступов. Многих пациентов, страдающих мигренью, дезадаптирует страх, связанный с ожиданием приступа. В связи с этим очень важно проработать вместе с пациентом тактику лечения при различных сценариях развития мигрени.
* Профилактическое лечение мигрени. В случае если приступы мигрени частые (более 2 раз в неделю) и/или если поведенческие и фармакологические мероприятия малоэффективны, необходимо поставить вопрос о профилактическом лечении. Показаниями для профилактического лечения также являются некоторые особые формы мигрени: гемиплегическая мигрень или мигрень с аурой с устойчивым неврологическим дефицитом.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №6:**

**1.**Симпатоадреналовый криз на фоне вегетососудистой дистонии. Проявляется сильными головными болями, ощущением пульсации в голове, ощущениями сердцебиений и перебоев в области сердца, онемением и дрожанием конечностей, бледностью и сухостью кожи, ознобоподобным тремором, повышением температуры тела, ощущением тревоги и страха. Криз заканчивается внезапно, после его окончания выделяется большое количество мочи с низким удельным весом. В последующем у больного развивается астеническое состояние. Симпатоадреналовый криз по этиологии, патогенезу, клинике и лечению имеет много общего с гипертоническим кризом I типа на фоне гипертонической болезни.

**2**.Неотложная помощь (первая помощь) при вегетососудистом кризе.

Госпитализация при развитии стойкого некупирующего вегетативного криза в неврологическое отделение общего профиля. По назначению врача:

* Нормализация гипоталамовисцеральных взаимоотношений достигается в/м или в/в введением реланиума по 2 мл 0,5% раствора.
* Для снижения активности симпатико-адреналовой системы используются бета-блокаторы: обзидан по 40 мг в/в, до 120 мг/ сут.; антагонисты кальция: верапамил по 5− 10 мг в/в; каптоприл по 25 мг под язык (при симпатоадреналовом кризе).
* Купирование высокого АД производится по правилам купирования гипертонического криза.
* Симптоматическая терапия.

**3**.Необходимо провести общее клиническое обследование: биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография грудной клетки, гастроскопия., глазное дно, Эхо-КГ.

**4**.Характеристика функционального состояния автономной нервной

системы по основным клиническим проявлениям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Симпатическая реакция | Парасимпатическая реакция |
| Цвет кожи | белая, сухая | мраморность |
| Потоотделение | ослаблено | усилено |
| Дермографизм | белый | красный |
| Температура кожи | руки и ноги всегда холодные | холодная, влажная |
| Частота сердечных сокращений | учащено | замедленно |
| Артериальное давление | повышение | гипотония |
| Частота дыхания | учащено | замедленно |
| Моторика кишечника | склонность к запорам | усилена |

**5**.Профилактика вегето-сосудистой дистонии (вегетативно-сосудистых нарушений) заключается в организации правильного образа жизни, отказе от вредных привычек и овладении навыками саморегуляции. Люди, считающие здоровый образ жизни нормой, получают гораздо больше шансов не подвергнуться этому заболеванию. Важна роль в своевременном лечении гормональных нарушений, которые связаны с возрастными перестройками организма.Раз в год необходимо проходить лечебно-профилактические курсы (немедикаментозное лечение − иглорефлексотерапия, лечебная гимнастика, массаж, фитотерапия, занятия в группе психологического тренинга и т.д. Задача этих профилактических мер − улучшение самочувствия больного и предупреждение обострений.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 7:**

**1**.Люмбаго («поясничный прострел»)– это острая боль в пояснично-крестцовой области, увеличивается при движении.

**2**.Рентгенография, компьютерная томография, МРТпояснично-крестцового отдела позвоночника.

**3.**Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**4**. Немедикаментозное: постизометрическая релаксация, «сухое» тепло, ИРТ, Медикаментозное: миорелаксанты, короткий курс НПВП при отсутствии противопоказаний. **Постизометрическая релаксация** построена на мягких техниках мануального воздействия в целях увеличения подвижности позвоночника и суставов, восстановления эластичности мышц и связок. В манипуляциях проводится сочетание дозированного растягивания мышц и связок после согласованного их напряжения пациентом. После манипуляции рефлекторно срабатывает физиологический механизм снижения мышечного гипертонуса, создаются условия, при которых мышцам проще расслабиться.

**5**.Регулярные физические упражнения направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 8:**

**1.**Спондилогеннаярадикулопатия(радикулит) – это патологическое состояние, сопровождающееся болями и нарушениями чувствительности корешков спинного мозга. Основной причиной развития радикулита является остеохондроз позвоночника.

Неотложная помощь направлена на снятие болевого синдрома в стационарных условиях. Для этих целей применяется медикаментозная терапия обезболивающими препаратами.  
К обезболивающим средствам относятся баралгин и анальгин. Баралгин при сильных острых болях применяется внутривенно или внутримышечно, по 5 мл каждые 2-3 ч до стихания боли. При экстренной помощи также хороший эффект дает сочетание смеси из анальгина в 50%-ной концентрации (2,0 мл) и Как обезболивающие средства широко применяются нестероидныепротивовоспалительные препараты: ибупрофен, ортофен, бутадиен, бруфен, метиндол, пироксикам. В последние годы предпочтение отдается диклофенаку (вольтарену), отличающемуся выраженным анальгезирующим эффектом и минимальным побочным действием. Хорошим анальгезирующим действием обладает препарат кеторал, применяемый как в инъекциях, так и перорально.  
Основными противопоказаниями к применению нестероидных противовоспалительных препаратов являются: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, заболевания печени и почек, аллергическая непереносимость.  
Анальгезирующим действием при местном применении обладают мази с различными отвлекающими составами (апизатрон, финалгон, эспол, випросал, вилералгин, випраксин, фастум-гель и др.).  
Другим очень важным методом лечения корешковых болей являются лечебные медикаментозные блокады.  
Блокады, проводимые с целью лечения корешковых болей, могут быть однокомпонентными, с применением одного препарата (новокаина, лидокаина, румалона, папаина, тримекаина, баралгина, атропина и т. д.) или сложного состава (например, сочетание новокаина с витамином В12 и АТФ, или новокаина и платифиллина).  
Применяются для блокад и гормональные препараты: кортизона ацетат, эндоэксомитазол, средства рассасывающего действия (лидаза, тромболизин, папаин). Блокады могут сочетаться с любыми другими методами лечения радикулита.

**2**.Рентгенологическое исследование в прямой и боковой проекцияхпояснично-крестцового отдела позвоночника, МРТ, КТ, миелография.

**3**.Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**4.**Профилактика радикулита заключается в устранении всех причин возникновения корешковых болей:  
•профилактика развития остеохондроза;  
•выработка нормальной осанки;  
• профилактика врожденной и приобретенной патологии спинного мозга и самого позвоночного столба;  
• устранение переохлаждения, длительной статической нагрузки, подъема тяжестей и резких движений у лиц, имеющих заболевания позвоночного столба или врожденные его изменения;  
•борьба с малоподвижностью;  
• своевременное и адекватное лечение инфекционных заболеваний, вызывающих радикулярный синдром;  
• организация рационального труда и отдыха.

**5.**Уход за больным с пояснично-крестцовым радикулитом.

При остром пояснично-крестцовом радикулите больной испытывает сильнейшие боли, не может выполнять движения и обычно лежит в вынужденной позе, доставляющей ему наименьшую боль. Боли могут быть не только в поясничной и крестцовой областях, но и отдавать в ягодицы и ноги. Таким больным прописывается строгий постельный режим, причем кровать должна быть ровной и жесткой. При необходимости на нее помещают деревянный щит с матрацем. Больному прописываются врачом обезболивающие и противовоспалительные средства, сухое тепло (электрогрелку). После определенной длительности постельного режима начинаются восстановительные процедуры: массаж и лечебная гимнастика. Ухаживающий родственник, кроме ухода за больным, может оказать существенную помощь при выполнении восстановительных процедур.

После перенесенных неврологических заболеваний приходится восстанавливать двигательную активность больного, здесь помогут приемы массажа и восстановительной гимнастики.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 9:**

**1**.Люмбаго.

**2.**МРТ пояснично-крестцового отдела.

**3**.Сухое тепло, местно-согревающая мазь, миорелаксанты

**4**.На период интенсивного болевого синдрома – ограничительный, затем расширение двигательной активности, с включением упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.

**5**.Профилактика остеохондроза поясничного отдела сводится к тщательному выполнению нескольких несложных, в общем-то, правил. Но выполнять их надо неукоснительно!

* Не застужайте позвоночник, держите поясницу в тепле и сухости.
* Избегайте резких движений, особенно при подъеме тяжестей.
* Не поднимайте и не носите слишком тяжелые грузы.
* Соблюдайте правильную осанку, правильную позу при работе. Не находитесь долго в одном положении, меняйте позу как можно чаще.
* Регулярно занимайтесь лечебной гимнастикой.
* Избегайте что-то делать в наклонном положении. Во время уборки квартиры, чтобы низко не наклоняться, удлините шланг пылесоса дополнительными трубками, используйте швабру с длинной ручкой. Убирая под кроватью, под столом, встаньте на одно колено.
* Чтобы поднять предмет с пола, опуститесь на корточки или наклонитесь, согнув колени и опираясь рукой о стул или стол.
* Если приходится поднимать тяжелое, не нагибайтесь, а присядьте на корточки, выпрямите спину (и шею, и поясницу), возьмите тяжесть двумя руками и поднимайтесь, не сгибая спину.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 10:**

**1**.Цервикаго («шейный прострел») – острые боли в шейном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении.

**2.**Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, КТ, МРТ, консультация нейрохирурга по показаниям.

3. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* сильная боль в шее, больше справа
* выраженное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника
* болезненность и напряжение мышц задней поверхности шеи

*Приоритетная проблема:*

* острая боль в шее

*Потенциальная проблема:*

* развитие осложнений

*Краткосрочная цель:* уменьшить боль в течении смены.

*Долгосрочная цель:* облегчение страданий пациента.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2 | Провести невербальную оценку боли, используя шкалу для оценки боли. | Для оценки интенсивности боли. |
| 3 | Оценить интенсивность боли, наблюдая за поведением пациента. | Для выбора анальгетика. |
| 4 | По согласованию с врачом вводить анальгетики. | Проведение медикаментозной терапии. |
| 5 | Помочь пациенту занять положение, уменьшающее боль | Облегчение страданий пациента. |
| 6 | Объяснять пациенту все проводимые процедуры, давать ему возможность выражать свои страхи и опасения. | Для купирования приступа боли. |
| 7 | Использовать физиопроцедуры. | Для уменьшения боли. |

*Оценка сестринских вмешательств*: страдания пациента уменьшились.

**4.**Для сохранения здоровья позвоночника следуйте правилам:

* занимайтесь плаванием, йогой, спортивной ходьбой, фитнесом;
* сидя за компьютером или столом, держите спину прямо, а плечи расслабленными;
* выбирайте стулья и кресла, которые поддерживают позвоночник;
* каждые 2 часа или чаще делайте перерывы в работе, ходите, сделайте наклоны головой и туловищем в разные стороны;
* при поднятии тяжестей держите спину прямо, присядьте, не совершайте резких рывков;
* не носите перед собой тяжёлые предметы;
* при занятии на новом тренажёре расспросите тренера, как правильно на нём заниматься;
* выбирайте для занятий спортом обувь с амортизирующей подошвой;
* спите на ортопедическом матрасе;
* делайте упражнения для брюшного пресса.

**5.Лечебная физкультура при шейном остеохондрозе** используется только после угасания болевого синдрома. Гимнастика позволяет разработать мышцы вокруг позвоночника, увеличить их пластичность, укрепить их. Кроме того, упражнения помогут усилить кровоток в мышцах, суставах, связочно-сухожильном и костном элементах позвоночника, предотвращая дальнейшее развитие патологии.

1.Сидя на стуле с прямой спиной и шеей, осуществлять плавные повороты головы вправо и влево до крайнего положения – 5-10 раз. Цель этого упражнения – достичь хорошей подвижности шейных позвонков, так чтобы подбородок мог доходить до уровня плеча.

2.В положении сидя на стуле с прямой спиной, опускать голову вниз до полного касания подбородком груди – 10-12 раз. Упражнение помогает поддерживать шейный отдел позвоночника в гибком состоянии, а также растянуть мышцы задней шейной группы.

3.В исходной позиции, сидя на стуле с выпрямленной спиной, перемещать шею назад с одновременным втягиванием подбородка, шею при этом не разгибать – 10-12 раз. Упражнение помогает бороться с вынужденной позой человека, часто работающего за письменным столом. При этом шея и голова постоянно вытянуты вперед.

4.Сидя за столом с прямой спиной и одной рукой в упоре локтем о стол – положить ладонь на височную область и наклонять голову в эту сторону, противодействуя ей рукой – 10-12 секунд, 8-10 раз с перерывами по 10 секунд, в обе стороны. Упражнение укрепляет боковые шейные мышцы.

5.В положении сидя за столом, положить одну ладонь на лоб и надавливать на нее головой, при этом рука сопротивляется давлению – 8-10 раз по 10 секунд с перерывами, повторить другой рукой. Упражнение укрепляет передние шейные мышцы и формирует правильную позу при сидении за письменным столом.

6.Сидя или стоя с прямой спиной и вытянув руки вдоль тела – максимально поднять плечи вверх и держать эту позицию 10-12 секунд, затем расслабить плечевой пояс и сделать вдох – 10-12 раз. Упражнение помогает растянуть и расслабить боковые мышцы шеи.

7.Сидя или лежа на плоской жесткой поверхности размять кончиками пальцев мышцы шеи в области затылка. Движения должны быть достаточно глубокими и интенсивными – 3-4 минуты. Можно попросить сделать это упражнение помощника. Оно отлично помогает при головных болях, улучшая приток крови к головному мозгу.

8.В положении сидя или лежа на жесткой поверхности растереть руками область выше лопаток и межлопаточную зону – 5-6 минут. Разминание мышц может быть болезненным вначале, но вскоре неприятные ощущения пропадают. Упражнение позволяет расслабить и улучшить кровоток в крупной мышце, поднимающей лопатку, прекрасно помогает при головной боли.

9.Круговые движения кончиками пальцев в области висков – легкое разминание уменьшает головную боль, головокружение. Движения можно проводить в области выше уха и распространить их до затылка.

Все упражнения следует делать плавно, не допускать переутомления и неприятных ощущений. Противопоказаны резкие повороты головы, наклоны вперед и назад, а также вращения.

**Тема 2.2. Сосудистые заболевания нервной системы**

**Ситуационная задача № 1**

Женщина 76 лет, без сознания.

Из анамнеза:(со слов дочери) внезапно потеряла сознание, отмечались клонические судороги. В течение 10 лет страдает гипертонической болезнью. 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. В течение последних 2 лет отмечаются приступы мерцательной аритмии, постоянно принимает дигоксин, энап, нитросорбит.

Объективно:общее состояние тяжелое. Без сознания. Оценка по шкале комы Глазго -3 балла. Кожные покровы бледные, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД16 в минуту. Cердечные тоны приглушены, аритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 96 ударов в минуту. АД 160/80 мм рт.ст. Живот мягкий, без особенностей. Мочеиспускание непроизвольное.

Неврологический статус:зрачки узкие, D>S, (справа шире), реакция на свет снижена. Двигательные реакции отсутствуют, тонус мышц снижен, снижение чувствительности с обеих сторон. Слева меньшее смыкание глазной щели, сглаженность носогубной складки, опущение угла рта, парез взора, гипотония мышц слева более выражена, (симптом «распластанного бедра»).

Задания:

1.Определите неотложное состояние пациентки. Назовите неврологические синдромы.

2.Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной доврачебной помощи.

3.Назовите дополнительные физикальные методы обследования.

4.Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5.Расскажите о методике проведения спинно-мозговой пункции.

**Ситуационная задача № 2**

Во время прогулки у больного 62 лет закружилась голова, больной упал и попросил прохожих вызвать скорую помощь.

Жалобы:на тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, неустойчивость при ходьбе, головную боль, раздражительность, слезливость, эмоциональную неустойчивость, ослабление памяти, снижение работоспособности, нарушения сна.

В анамнезе:в течение последних 4-5 лет отмечает постепенное снижение памяти, рассеянность, нарушения сна, неустойчивость артериального давления, частые падения.

Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в минуту. Cердечные тоны громкие, ритм правильный. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 70 ударов в минуту. АД 135/88 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: определяется умеренное снижение памяти на недавние события. Зрачки: D=S, реакция на свет живая, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм. Нерезко выраженная дизартрия. Сухожильные рефлексы неравномерно оживлены. Определяется легкая неустойчивость при ходьбе. Патологических рефлексов нет.

Задания:

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.

2.Расскажите о дисциркуляторной энцефалопатии.

3.Назовите дополнительные методы обследования.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5.Расскажите о лечении и профилактике заболевания.

**Ситуационная задача № 3**

Мужчине 60 лет, находится без сознания. Со слов жены за несколько часов до потери сознания жаловался на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Накануне было застолье с употреблением алкоголя. В анамнезе: гипертоническая болезнь, систематически не лечился.

Объективно: неконтактен, речь отсутствует. Гиперемия лица, зрачки расширены с обоих сторон, равны, реакция на свет отсутствует, психомоторное возбуждение. АД 280/120 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, дыхание шумное, глубокое с периодами апноэ до 5-10 секунд.

Задания:

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

3.Перечислите сестринские манипуляции по уходу при инсульте.

4.Расскажите о профилактике инсульта.

5.Охарактеризуйте методы оказания помощи при рвоте.

**Ситуационная задача № 4**

Мужчину 69 лет «парализовало».

Жалобы на головную боль, рвоту, слабость в верхней и нижней конечностях слева, затруднение речи. Из анамнеза:страдает гипертонической болезнью в течение 18 лет. Ухудшение состояния наступило внезапно, когда появилась слабость в конечностях, головная боль, рвота.

Объективно:общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы лица и шеи багрово-красные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Cердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 ударов в минуту. АД 190/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: зрачки: D<S (левый шире), реакция на свет снижена. Справа движения отсутствуют, мышечный тонус повышен, оживление сухожильных рефлексов, отмечается клонус правой стопы, снижение поверхностной и глубокой чувствительности; рефлекс Бабинского положительный справа.

Задания:

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

3.Составьте таблицу отличий геморрагического инсульта от ишемического инсульта.

4.Расскажите о профилактике пневмонии при инсульте.

5.Продемонстрируйте кормление тяжелобольного из ложечки.

**Ситуационная задача № 5**

Женщина 60 лет внезапно потеряла сознание.

Из анамнеза:страдает гипертонической болезнью в течение 12лет, гипотензивные препараты принимает нерегулярно, ухудшение состояния наступило после стрессовой ситуации в семье.

Объективно:Общее состояние тяжелое. Без сознания. Цвет лица багрово-синий, кожные покровы влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 26 в минуту. Cердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен; 110 ударов в минуту. АД 240/ 120 мм рт. ст. Живот мягкий, мочеиспускание непроизвольное. Температура 39,6° С .

Неврологический статус: зрачки: D>S, реакция на свет снижена. Слева: меньшее смыкание глазной щели, сглаженность носогубной складки, симптом «паруса» щеки, парез взора, симптом распластанного бедра. Движения в верхних и нижних конечностях отсутствуют, снижение чувствительности с обеих сторон, оживление сухожильных рефлексов слева. Отмечается ригидность шейных мышц. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма положительны с обеих сторон.

Задания:

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.

2.Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

3.Охарактеризуйте лечение положением.

4.Расскажите об особенностях ухода за больным с нарушением сознания.

5.Продемонстрируйте подкожную инъекцию.

**Ситуационная задача № 6**

На автобусной остановке, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания (открывание глаз в ответ на словесную инструкцию или просьбу; двигательная активность - патологическое тоническое сгибание в ответ на болевое раздражение (декортикационнаярегидность); отдельные непонятные слова.И определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Задания:

1.Определите неотложное состояние пациента. Назовите общемозговые симптомы.

2.Назовите противопоказания к госпитализации при ОНМК.

3.Назовите дополнительные методы обследования.

4.Определите уровень нарушения сознания у данного пациента по шкале Глазго.

5.Перечислите принципы лечения в стационаре.

**Ситуационная задача № 7**

Женщина 55 лет во время работы на садовом участке внезапно почувствовала «кинжальную» головную боль, преимущественно в левой части головы, тошноту, была неоднократная рвота, не принесшая облегчения. Госпитализирована в ближайшую районную больницу. При осмотре: АД – 180/100 мм.рт. ст., сонлива, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. Выявлен правосторонний глубокий гемипарез, гемигипестезия, гемианопсия правых полей зрения.

**Задания:**

1. Определите неотложное состояние пациентки.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

4.Составьте план реабилитации и профилактики инвалидизации.

5. Продемонстрируйте технику манипуляции профилактики пролежней.

**Ситуационная задача № 8**

Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девиирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

**Задания:**

1.Определите состояние пациентки.

2.Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

3.Назовите необходимые обследования и показания к госпитализации.

4.Предложите меры профилактики.

5.Охарактеризуйте тактику лечения.

**Ситуационная задача № 9**

Внук привел на осмотр к неврологу свою 78летнюю бабушку. Больная жалоб не предъявляет, но внук рассказал, что последний год бабушка перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов внука нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

**Задания:**

1.Определите состояние пациентки.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Назовите симптомы псевдобульбарного синдрома.

4.Расскажите о тактике лечения деменции.

5.Дайте рекомендации родственникам по уходу за больным деменцией.

**Ситуационная задача № 10**

Мужчина 60 лет, жалобы на нарушение речи (по типу «каши во рту»), общую слабость, головокружение, головную боль (умеренно выраженную), онемение в правых конечностях и правой половине лица. Болеет второй день. Сначала онемели правые конечностях, сегодня с утра появились нарушения речи.

Объективно: АД 120/70 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту, температура 36,6°С. Опущен угол рта справа, опущено правое веко. Снижена чувствительность в правых конечностях. Сила мышц рук и ног чуть снижена справа. Походка нарушена: слегка подволакивает правую ногу. Речь нарушена: нечетко выговаривает слова, «проглатывает» окончания фраз. Понимание речи сохранено.

Задания:

1. Определите неотложное состояние пациента. Расскажите о возможных осложнениях и прогнозе.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите нарушенные потребности пациента.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5. Продемонстрируйте пробу на утомляемость.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам.Раздел 2. Патология нервной системы.**

**Тема 2.2. Сосудистые заболевания нервной системы**

**Эталон ответа на ситуационную задачу №1:**

**1.**Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт окклюзия основной артерии.На основании данных анамнеза (острое начало), наличие судорожного симптома, данных осмотра (кома), мерцательная аритмия, данных неврологического статуса (пирамидный синдром, который является основным при окклюзии основной артерии) можно думать об ОНМК.

**2.** Оптимальный алгоритм действий догоспитальной помощиследующий:

* немедленно вызвать бригаду скорой помощи;
* уложить больного так, чтобы голова и верхняя часть туловища были приподняты;
* расстегнуть воротник для облегчения дыхания, обеспечить доступ свежего воздуха;
* если у больного возникла рвота, осторожно повернуть его голову и очистить полость рта марлей или платком;
* измерить АД и посчитать пульс. При очень высоком АД (систолическое АД **-** 200 мм рт. ст. и выше) положить под язык 1 таблетку **-** 0,000075 мг клофелина (гемитона) или 50 мг каптоприла (капотена), или 10 мг нифедипина (коринфара);
* если у больного развился эпилептический припадок, необходимо его уложить, положить под голову подушку (или валик), повернуть набок, Если приступы судорог повторяются один за другим, бригада скорой помощи задерживается, медицинская сестра должна ввести внутримышечно ампулу диазепама (синонимы: седуксен, реланиум, релиум).

**3.** Основными дополнительными методами обследования являются КТ, МРТ. Если КТ недоступна, при отсутствии застойных дисков и смещения срединных структур, необходима спинно-мозговая пункция.

4. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* непроизвольное мочеиспускание
* потеря сознания
* судороги
* мерцательная аритмия
* АД160/80 мм рт. ст.

*Приоритетная проблема:*

* кома

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* деменция
* инвалидизация

**2***.Краткосрочная цель:* стабилизация состояния

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установитьназогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установитькубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При появлении сознания начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**5.**Методика проведения СМП.

Больному придают эмбриональную позу. На уровне линии, соединяющей верхние задние ости подвздошных костей, пальпаторно определяют между остистыми отростками позвонков промежуток III-IV, в котором обычно и производят пункцию. Кожу обрабатывают настойкой йода, затем йод тщательно удаляют спиртом. Проводят анестезию 0,5% раствором новокаина. Вначале раствор вводят внутрикожно, а затем в более глубокие слои. В пункционную иглу вставляют мандрен. Иглу вводят по средней линии строго горизонтально. При попадании в субарахноидальное пространство возникает ощущение провала. При появлении ЦСЖ иглу продвигают на 1-2мм. Больного просят расслабиться. После извлечения мандрена подсоединяют манометр, измеряют давление (норма-100-200мм водн. ст.). После пункции больным рекомендовано лежать в течение 2часов на животе.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №2:**

**1**. На основании жалоб (тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, ослабление памяти и др.), данных анамнеза (прогрессирующее снижение памяти, нарушения сна), данных неврологического статуса (горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, непостоянная нерезко выраженная дизартрия, оживление сухожильных рефлексов, легкая неустойчивость при ходьбе) можно думать, что у пациента дисциркуляторная энцефалопатия.

**2.**Дисциркуляторная энцефалопатия −клиническое проявление церебрального атеросклероза. Для её начальных стадий характерны тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, головная боль, раздражительность, слезливость, эмоциональная неустойчивость, ослабление памяти, снижение работоспособности, нарушение сна. По мере развития атеросклероза, симптомы нарастают и появляются признаки органического поражения нервной системы:патологические рефлексы, парезы, нарушения координации, письма, речи; суживается круг интересов, нарастает эгоизм, падает трудоспособность. При резко выраженной энцефалопатии грубо нарушается память, снижается интеллект, развивается паркинсонический синдром, слабоумие, инсульты.

**3**.Необходимо провести дополнительные методы обследования:  
рентгенография черепа в двух проекциях, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,эхоэнцефалоскопия, ЭЭГ, исследование спинномозговой жидкости, исследование сосудов глазного дна, РЭГ и биохимических показателей крови.

**4.** Проблемы пациентки

*Настоящие проблемы:*

* на тяжесть в голове
* шум в ушах
* головокружение
* неустойчивость при ходьбе
* головную боль
* раздражительность
* слезливость
* эмоциональную неустойчивость
* ослабление памяти
* снижение работоспособности
* нарушения сна
* дефицит контроля поведения

*Приоритетная проблема:*

* головная боль

*Потенциальная проблема:*

* слабоумие
* инсульт

*Краткосрочная цель:* к концу смены головная боль не будет беспокоить пациентку.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет ощущать себя удовлетворительно, будет знать необходимость постоянного поддерживающего лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациентки и окружающих. |
| 2 | Проветривание палаты, тишина, влажные уборки. | Для создания психического и физического комфорта. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 5 | Беседы с больной о необходимости постоянного лечения. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата:* к концу смены головная боль прошла.

**5.**Лечение заключается в нормализации липидного обмена (мевакор, липостабил, цетамифен); нормализации артериального давления (атенол, капотен, клофелин); улучшении мозгового кровотока (циннаризин, кавинтон, возобрал).

Профилактика: необходим рациональный режим с учётом индивидуальных особенностей пациента, достаточный сон и посильный труд, ограничение общей калорийности пищи с заменой животных жиров растительными, положительные эмоции.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №3:**

**1**.Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт).

**2**. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* сильная головную боль
* головокружение
* тошнота
* рвота
* потеря сознания
* тахикардия
* АД 280/120 мм рт. ст.

*Приоритетная проблема:*

* потеря сознания
* АД 280/120 мм рт. ст.

*Потенциальная проблема:*

* смерть

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2. | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3. | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При появлении сознания начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**3.** Сестринские манипуляции по уходу при инсульте:

* утренний туалет больного (умывание лица, бритье, уход за глазами, ушами, ногтями, уход за носом, уход за полостью рта)
* зондовое кормление или кормление с ложки
* контроль за стулом (клизма)
* мытье рук, ног, туловища, спины, головы
* перемещение больного
* позиционирование в положениях
* профилактика пролежней
* смена подгузника
* смена постельного и нательного белья
* бинтование нижних конечностей

**4.**Профилактика ОНМК заключается в воздействии на факторы риска:

Предупреждение развития атеросклероза – соблюдение диеты, регулярный контроль уровня холестерина крови, прием по назначению врача гиполипедемических препаратов.

Профилактика развития ожирения, сахарного диабета, гипертонической болезни – регулярные физические нагрузки.

Отказ от курения и алкоголя.

Борьба со стрессом.

Лечение гипертонической болезни, сахарный диабет, болезней крови, приводящих к образованию тромбов.

**5.Уход при рвоте**

Цель: оказать помощь при рвоте.

Оснащение: таз, клеёнчатый фартук, клеёнка, малые салфетки для ухода за полостью рта, раствор для полоскания полости рта: 2% раствор натрия бикарбоната или 0,01% раствор калия перманганата, электроотсос или грушевидный баллончик.

Подготовка к процедуре:

***Если пациент в сознании***

1)усадить пациента, грудь накрыть клеёнкой;

2)дать полотенце, к ногам поставить тазик;

3)сообщить врачу.

***Если пациент без сознания***

1) повернуть пациента на бок, или же повернуть голову (во избежание аспирации рвотных масс в дыхательные пути);

срочно вызвать врача;

2) убрать подушку;

3) накрыть клеёнкой шею и грудь пациента; подставить ко рту почкообразный лоток

Выполнение процедуры:

***Если пациент в сознании***

1) придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь;

2) обеспечить полоскание рта водой, после каждого акта рвоты, вытереть лицо салфеткой.

***Если пациент без сознания***

1) отсосать электроотсосом или грушевидным баллончиком из полости рта, носа рвотные массы;

2) осуществлять уход за полостью рта и носа после каждого акта рвоты.

Окончание процедуры:

Оставить рвотные массы до прихода врача.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №4:**

**1**.Острое нарушение мозгового кровообращения Геморрагический инсульт в системе левой средней мозговой артерии. Необходимо провести рентгенографию черепа, КТ, МРТ, общее клиническое обследование.

**2.**Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* сильная головная боль
* слабость в верхней и нижней конечностях слева
* рвота
* затруднение речи
* тахикардия
* 190/70 мм рт. ст

*Приоритетная проблема:*

* 190/70 мм рт. ст
* сильная головная боль

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* деменция

**2***.Краткосрочная цель:* стабилизация состояния пациента

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При появлении сознания начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**3.**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | **Ишемический инсульт** | **Геморрагический инсульт** |
| Начало болезни | Постепенное, может быть ночью или под утро | Внезапное, днем после физического или эмоционального напряжения |
| Вид больного | Без особенностей | Гиперемия лица, склер, блефароспазм, гипергидроз |
| Очаговые симптомы | Выражены | Выражены при внутримозговом кровоизлиянии, при САК - отсутствуют |
| Нарушение сознания | Постепенное | Часто, развивается быстро - до сопора или глубокой комы |
| Головная боль, тошнота, рвота | Редко | Часто, при САК - очень выраженная головная боль, по типу «удара по голове» |
| Менингеальные знаки | Редко | Выражены, особенно при САК |
| Двигательное возбуждение | Редко | Часто |
| Судорожный припадок | Редко | Часто |

**4.**Профилактика пневмоний включает:

* *дыхательная гимнастика*под контролем ухаживающей медсестры проводится несколько раз в день для предупреждения застойных явлений в легких, но допустима только при сохранном сознании больного. Самое простое дыхательное упражнение - надувание резиновых шаров и детских резиновых игрушек;
* *зондовое питание при нарушении глотания*;
* изменение положения тела в постели каждые 2 часа;
* регулярный *отсос секрета из носоглотки* у больного с ослабленным дыханием и слабым кашлевым рефлексом;
* *массаж грудной клетки*;
* *регулярное измерение температуры тела*.

**5. Кормление тяжелобольного из ложечки**

Цель:накормить пациента.

Показания:невозможность самостоятельно принимать пищу.

Противопоказания:невозможность принимать пищу естественным путем, выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой, высокая температура.

Осложнения: нет.

Оснащение: пища (полужидкая, жидкая t-400 С), посуда, ложки, поильник, халат с маркировкой "Для раздачи пищи", салфетки, полотенца, емкость для мытья рук, емкость с водой.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящем приеме пищи. | Сотрудничество больного и медсестры. |
| 2. | Проветрите палату. | Повышение настроения, аппетита. |
| 3. | Вымойте руки с мылом. Наденьте халат промаркированный «Для раздачи пищи». Вымойте руки пациенту. | Профилактика ВБИ. |
| 4. | Придайте пациенту удобное положение. Накройте шею и грудь пациента салфеткой или полотенцем. | Качественность выполнения манипуляции |
| 5. | Доставьте пищу в палату. Кормите пациента с ложечки маленькими порциями, не торопитесь. Предложите пациенту прополоскать рот и вымыть руки после приема пищи. Стряхните крошки с кровати. | Последовательное выполнение манипуляции – гарантия успеха. |
| 6. | Уберите грязную посуду. Снимите халат с маркировкой «Для раздачи пищи». | Соблюдение санэпидрежима. |
| 7. | Вымойте руки. | Профилактика ВБИ. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №5:**

**1**.Острое нарушение мозгового кровообращения Геморрагический инсульт в бассейне средней мозговой артерии.

Признаки геморрагического инсульта:острое начало, гипертоническая болезнь; данные неврологического статуса: гемиплегия слева, бульбарные расстройства, положительные стопные рефлексы.Необходимо провести дополнительные методы обследования: общее клиническое обследование ЭКГ, анализ крови,мочи, электролиты, коагулограмма, рентгенография грудной клетки. Рентгенография черепа.КТ. МРТ. Спинномозговая пункция.

**2.**Проблемы пациентки:

*Настоящие проблемы:*

* ЧДД 26 в минуту
* пульс напряжен; 110 ударов в минуту
* мочеиспускание непроизвольное
* температура 39,6°
* без сознания
* АД 240/ 120 мм рт. ст.

*Приоритетная проблема:*

* АД 240/ 120 мм рт. ст.
* температура 39,6° С

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* деменция

**2***.Краткосрочная цель:* стабилизация состояния пациента

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При появлении сознания начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**3**.Лечение положением (профилактика контрактур)− специальная укладка парализованных конечностей. Ее должна уметь делать ухаживающая за больным медсестра. Укладка паретичных конечностей в положении больного на спине производится таким образом, чтобы мышцы, в которых после инсульта, как правило, повышается тонус (приводящие мышцы плеча, сгибатели руки, приводящие мышцы бедра, разгибатели голени и тыльные сгибатели стопы), были растянуты. Для этого к постели пациента со стороны парализованных конечностей ставят стул с подушкой; на нее кладут больную руку ладонью вверх. Руку выпрямляют в локте и отводят в сторону под углом 90°. Под мышку больного помещают ватный валик, обтянутый клеенкой. Пальцы разгибают. Кисть и предплечье прибинтовывают к лангете, выпиленной из какого-либо твердого материала (например фанеры) и обтянутой марлей. Парализованную ногу сгибают на 15**-**20° в колене, под которое подкладывают валик. В положении на спине больной может находиться от 1,5 до 2 часов. Затем его следует повернуть на здоровый бок. Укладка больного на здоровом боку отличается от укладки на спине: парализованным конечностям придается согнутое положение. Больную руку сгибают в плечевом и локтевом суставах и подкладывают под нее подушку, а парализованную ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставах и тоже кладут на подушку. Как и при позиции на спине, очень важно следить за правильным положением кисти и стопы. Пальцы руки должны быть разогнуты, кисть привязана к лангете и лежит на подушке ладонью вниз. В положении лежа на здоровом боку больной может находиться от 30 до 50 минут. Укладка паретичных конечностей препятствует развитию мышечных контрактур, способствует снижению мышечного тонуса и предупреждает боли в суставах (особенно плечевом); смена положения больного в постели каждые 1**-**2 часа− профилактика пролежней.

# 5. Алгоритм выполнения подкожной инъекции

Цель:

- лечебная;

- профилактическая.

Оснащение:

- шприц 1-2 мл;

* иглы для инъекции 0420 или 0520;
* игла для набора лекарства;
* стерильный лоток;
* стерильные ватные шарики;
* перчатки;
* маска;
* этиловый спирт 70 %;
* пинцет;
* стерильная салфетка;
* ампулы с лекарственным средством;
* ёмкость с дезинфицирующим раствором.

Места инъекции:

* средняя треть задней поверхности плеча;
* подлопаточная область;
* боковая поверхность брюшной стенки;
* передняя поверхность брюшной стенки.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | | **Последовательность действий** | **Обоснование** |
| 1. | | **Подготовка к процедуре**  Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.  Получить согласие пациента на процедуру.  Вымыть руки. Подготовить необходимое оснащение.  Уточнить у пациента аллергоанамнез. | Соблюдение прав пациента.  Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала. |
| 2. | | **Выполнение процедуры**  Удобно усадить или уложить пациента. Пропальпировать место инъекции. Обработать перчатки спиртсодержащим антисептиком. | Профилактика осложнений.  Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 3 | Обработать ватным шариком широкое инъекционное поле движением сверху вниз. | | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 4. | Обработать другим ватным шариком место инъекции (вкола). | | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 5. | | Левой рукой (1,2,3 пальцами) соберите участок кожи задней поверхности плеча в треугольную складку основанием вниз. | Соблюдение техники манипуляции. |
| 6. | | Держа шприц в правой руке быстрым движением ввести иглу в основание складки срезом вверх на 2/3 длины снизу вверх под углом 45 градусов к поверхности кожи. | Соблюдение техники манипуляции |
| 7. | | Отпустить складку, освободившейся рукой оттянуть поршень, убедившись в том, что не попали в сосуд, медленно ввести лекарственное средство. | Если масленый раствор профилактика постинъекционной масляной эмболии. |
| 8. | | Прижать к месту инъекции стерильный ватный шарик, быстрым движением извлечь иглу. | Профилактика развития постинъекционного абсцесса. |
| 9. | | Использованные шприцы, ватные шарики поместить в соответствующие ёмкости отходов класса Б, имеющих специальную маркировку. | Профилактика инфицирования и травматизма медицинских работников. |
| 10. | | **Окончание процедуры**  Провести дезинфекцию и утилизацию одноразового инструментария в соответствии с методическими указаниями. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции. Вымыть и осушить руки.  Сделать запись в медицинских документах о выполнении процедуры и реакции на нее пациента. | Обеспечение инфекционной безопасности.  Обеспечение преемственности сестринского ухода. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №6:**

**1**.Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое).

Общемозговые симптомы: нарушения уровня сознания, головная боль, тошнота, рвота, головокружение, судороги.При субарахноидальном кровоизлиянии головная боль очень интенсивная, необычная по своему характеру, возникает по типу «удара» по голове, может возникать ощущение жара, пульсации, горячей волны внутри головы.

Менингеальный синдром является проявлением раздражения мозговых - менингеальных оболочек, его развитие характерно субарахноидального кровоизлияния.

Оболочечные резко выражены. В ликворе – обильная примесь крови, повышение внутричерепного давления.

Срочная госпитализация в отделение нейрохирургии, поддержание витальных функций во время транспортировки.

**2.**Противопоказания к госпитализации:

Относительные:*•* критические нарушения дыхания и кровообращения до их стабилизации; психомоторное возбуждение и эпилептический статус до их купирования; • терминальная кома, деменция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта, терминальная стадия онкологических заболеваний; Абсолютные:Письменно подтвержденный отказ пациента или его родственников от госпитализации. В этих случаях дальнейшая симптоматическая неотложная помощь и лечение проводятся на дому под наблюдением персонала амбулаторно-поликлинических служб. Больным с ОНМК по различным причинам оставшимся на амбулаторное лечение в течении первых суток должна быть назначена базисная, симптоматическая и нейропротективная терапия. Необходимость в их стационарном лечении в более поздние сроки в течении инсульта, может быть обусловлена присоединением соматогенных осложнений или развитием повторных эпизодов. Посещение невролога поликлиники больного инсультом должно быть не реже двух раз в неделю.

**3**.СМП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ.

**4**. **Определение степени угнетения сознания с помощью шкалы Глазго**

### Открывание глаз (E, Eyeresponse)

* + Произвольное − 4 балла
  + Как реакция на вербальный стимул − 3 балла
  + Как реакция на болевое раздражение − 2 балла
  + Отсутствует − 1 балл

### Речеваяреакция (V, Verbal response)

* + Больной ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос − 5 баллов
  + Больной дезориентирован, спутанная речь − 4 балла
  + [Словесная окрошка](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%BE%D1%88%D0%BA%D0%B0), ответ по смыслу не соответствует вопросу − 3 балла
  + Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос − 2 балла
  + Отсутствие речи − 1 балл

### Двигательная реакция (M, Motorresponse)

* + Выполнение движений по команде − 6 баллов
  + Целенаправленное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) − 5 баллов
  + Отдёргивание конечности в ответ на болевое раздражение − 4 балла
  + Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение − 3 балла
  + Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение − 2 балла
  + Отсутствие движений — 1 балл

**Примечание:** 14-15 баллов – практически ясное сознание; 12-13 баллов − оглушение; 9-11 баллов – сопор; 8-4 баллов − кома.

У данного больного 9 баллов – сопор.

**5.**Тактика лечения:

А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы);

Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация);

В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Ca каналов – нимодипин);

Г) базисная недифференцированная терапия инсульта.

Смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №7**

**1**.Геморрагический инсульт по типу паренхиматозного кровоизлияния.

**2**.КТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, СМП.

**3.**Проблемы пациентки:

*Настоящие проблемы:*

* «кинжальная» головная боль, преимущественно в левой части головы
* тошнота
* неоднократная рвота, не принесшая облегчения
* сонлива
* тахикардия
* АД 180/1о0 мм рт. ст.

*Приоритетная проблема:*

* «кинжальная» головная боль
* АД 180/100 мм рт. ст.

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* инвалидизация
* выздоровление с восстановлением функций

**2***.Краткосрочная цель:* стабилизация состояния

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При появлении сознания начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больной стабилизировалось.

**4**.Вторичная профилактика инсульта:

А) антигипертензивная терапия

Вторичная профилактика должна сочетаться с методами первичной профилактики:

А) отказ от вредных привычек

Б) соблюдение диеты для нормализации липидного спектра крови и уровня глюкозы, давления, поддержания нормальной массы тела

В) регулярные физические нагрузки

Г) соблюдение режима труда и отдыха

Профилактика инвалидизации:

1. Своевременная госпитализация

2. Адекватное лечение

3. Ранняя и поздняя реабилитация:

А) кинезитерапия (на всех этапах лечения)

Б) физиотерапия, массаж

В) эрготерапия

Г) занятия с логопедом

6) смертность достигает 60-70%, вероятна инвалидизация, возможно выздоровление с восстановлением функций.

**5.Манипуляция: профилактика пролежней**  
**Цель:** предупреждение омертвения мягких тканей в местах их длительного сдавления.   
**Показания:** постельный режим больного.   
**Оснащение:**противопролежневый матрас; ватно-марлевые подкладные круги; резиновый круг в наволочке; вазелин; 1 % раствор столового уксуса; портативная кварцевая лампа; чистое мягкое махровое полотенце.

Техника выполнения манипуляции:

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 минут 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.   
12. При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.   
13. Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

**Эталон ответа на ситуационную задачу №8**

**1.**ХНМК. Дисциркуляторная энцефалопатия.

Дисциркуляторная энцефалопатия  −клиническое проявление церебрального атеросклероза. Для её начальных стадий характерны тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, головная боль, раздражительность, слезливость, эмоциональная неустойчивость, ослабление памяти, снижение работоспособности, нарушение сна. По мере развития атеросклероза, симптомы нарастают и появляются признаки органического поражения нервной системы:патологические рефлексы, парезы, нарушения координации, письма, речи; суживается круг интересов, нарастает эгоизм, падает трудоспособность. При резко выраженной энцефалопатии грубо нарушается память, снижается интеллект, развивается паркинсонический синдром, слабоумие, инсульты.

**2.** Проблемы пациентки

*Настоящие проблемы:*

* головокружение
* неустойчивость при ходьбе
* частая головная боль
* раздражительность
* слезливость
* ослабление памяти
* периодическоепоперхивание при еде

*Приоритетная проблема:*

* головная боль

*Потенциальная проблема:*

* слабоумие
* инсульт
* паркинсонический синдром

*Краткосрочная цель:* к концу смены головная боль не будет беспокоить пациентку.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациентка будет ощущать себя удовлетворительно, будет знать необходимость постоянного поддерживающего лечения.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациентки и окружающих. |
| 2 | Проветривание палаты, тишина, влажные уборки. | Для создания психического и физического комфорта. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4 | Выполнение назначений врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 5 | Беседы с больной о необходимости постоянного лечения. | Для профилактики обострения. |

*Оценка результата:* к концу смены головная боль прошла.

**3.**МРТ головного мозга, рентгенография черепа в двух проекциях, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, эхоэнцефалоскопия, ЭЭГ, исследование спинномозговой жидкости, исследование сосудов глазного дна, РЭГ и биохимических показателей крови. Госпитализация не показана.

**4.**Профилактика.

### Воздействие на основные факторы риска

Важное значение имеет исключение или коррекция основных факторов риска, к которым помимо артериальной гипертонии относятся психоэмоциональное перенапряжение, курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, заболевания сердца, сахарный диабет.

Комплекс профилактических мероприятий включает: 1) пропаганду здорового образа жизни; 2) психотерапию; 3) лечебную физкультуру; 4) физиотерапию; 5) фармакотерапию; 6) санаторно-курортное лечение.

Здоровый образ жизни предусматривает: организацию правильного режима труда, отдыха и питания; исключение вредных привычек — курения и злоупотребления алкоголем; диету с ограничением поваренной соли (до 5 г в день), общего калоража, животных жиров и холестеринсодержащих продуктов (жирные сорта мяса, печень, яйца и др.); оптимальную физическую активность.

Больные с начальными стадиями ДЭ нередко декомпенсируются при напряженном умственном и физическом труде. Им противопоказана работа, связанная с профессиональными вредностями: вибрацией, ночными сменами, в горячих и шумных цехах. К обострению заболевания часто приводят психоэмоциональные перенапряжения, конфликты на производстве и в быту.

Психотерапия представляет собой патогенетический метод лечения. Ее основными задачами являются:

* выработка у пациента правильного, спокойного отношения к своему заболеванию;
* психологическая адаптация к окружающей среде;
* устранение астенических проявлений заболевания;
* повышение эффективности психической и социальной реадаптации больных.

Лечебная физкультура − это активный метод общей патогенетической и профилактической терапии, положительно влияющий на уровень АД, сердечную деятельность и мозговую гемодинамику; лечебная физкультура способствует восстановлению их компенсаторных механизмов; повышает физическую работоспособность; уменьшает клинические проявления заболевания. Лечебная физкультура должна проводиться регулярно и непрерывно, назначаться индивидуально с постепенным повышением нагрузки, использованием разнообразных форм и средств. Частота занятий 4-5 раз в неделю. Интенсивность упражнений рассчитывают, используя показатель максимальной частоты сердечных сокращений (из 220 вычитают возраст больного в годах). Для больных без симптомов ишемической болезни сердца, ведущих сидячий образ жизни, выбирают такую интенсивность физических упражнений, при которой частота сердечных сокращений составляет 60-75% от максимальной.

### Физиотерапия

В профилактике и лечении ДЭ широко используются физиотерапевтические методы лечения: электрофорез лекарственных средств; электросон; бальнеотерапия (общие сульфидные, радоновые, йодобромные, углекислые, хлоридно-натриевые, кислородные, азотные, хвойные ванны на пресной или морской воде); рефлексотерапия (иглоукалывание, прижигание, электроакупунктура, воздействие лазерным излучением); магнитотерапия; оксигенотерапия (в виде кислородных коктейлей); аэроионотерапия и др. [7].

### Санаторно − курортное лечение

Показано при легких и умеренных стадиях заболевания. Необходимо учитывать, что больные плохо переносят пребывание на южных курортах в жаркое время года и в высокогорных областях с частой переменой метеорологических условий. Целесообразно направлять пациентов в местные санатории сердечно-сосудистого типа, где не нужно тратить времени на акклиматизацию.

Адекватное лечение больных ДЭ способствует предупреждению инвалидизации и преждевременной смерти больных, продлению активной, полноценной жизни.

**5**.Коррекция гипотензивной терапии. Дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг. При ухудшении когнитивных функций: мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин).

**Эталон ответа на ситуационную задачу №9:**

**1.**ХНМК. Сосудистая деменция. Госпитализация не показана.

**2.**МРТ головного мозга.

**3.**Поскольку псевдобульбарный синдром - это центральный паралич глотания, фонации и артикуляции речи, при нем также возникают дисфагия, дисфония, дизар­трия, но в отличие от бульбарного, не наблюдается атрофии мышц языка и фибриллярных подергиваний, сохраняются глоточный и нёбный рефлексы. При псевдобульбарном синдроме у больных появляются рефлексы орального автоматизма (хоботковый, носогубный, ладонно-подбородочный и др. По этой причине иногда возникают насильственный плач или смех. При псевдобульбарном синдроме двигательные расстройства могут сопровождаться снижением памяти, внимания, интеллекта. Несмотря на симметричность и выраженность поражения, псевдобульбарный синдром менее опасен, чем бульбарный, по­скольку не сопровождается нарушением жизненно важных функций.При псевдобульбарном синдроме важным является тщательный уход за ротовой полостью, наблюдение за больным во время еды с целью предотвращения аспирации, зондовое питание при афагии.

**4.**Мемантин (блокатор глутаматных NMDA рецепторов), антихолинэстеразные препараты центрального действия (галантамин, ривастигмин), дезагрегантная терапия, ноотропные, вазоактивные, нейропротективные средства, нейропсихологический тренинг.

**5**.Памятка для родственников

Степень посторонней помощи и ухода, необходимых больным деменцией, возрастает по мере прогрессирования заболевания – повседневная деятельность (приготовление и прием пищи, одевание, прогулки, купание или пользование туалетом) становится для пациентов все более трудной или вовсе невозможной. В этом случае ведущие психиатры-геронтологи рекомендуют приглашать к таким пациентам сиделок. Сиделки или младшие медицинские сестры по уходу оказывают полный спектр патронажных услуг, в том числе одевают, кормят, моют пациента, контролируют прием необходимых лекарственных средств, гуляют с подопечным. Необходимо понимать, что уход за пациентом с деменцией – это не только дневные процедуры, но контроль за состоянием пациента ночью.

Также следует помнить, что лица, страдающие деменцией, иногда могут быть опасны для себя или окружающих. Опасность для себя, в первую очередь, связана с возможностью получения травмы пациентом в быту из-за снижения остроты зрения и слуха, расстройств координации движений, невозможности сохранять равновесие. Поэтому в квартире больного должен быть минимум мебели, полы не должны быть скользкими, коридоры, туалет и ванная комната должны быть оборудованы поручнями.

Часто больные деменцией в результате забывчивости могут бесконтрольно принимать лекарственные средства, в том числе сильнодействующие, что может привести к отравлению и даже летальному исходу. Такие пациенты нуждаются в постоянном и круглосуточном уходе.

Опасность для окружающих может быть так же обусловлена нарушениями памяти (забывают выключить газ, воду, курящие могут забыть потушить окурок) или агрессией. Поэтому очень важным пунктом в уходе за такими пациентами является надзор, позволяющий предотвратить опасные действия больного человека.

Как мы видим, уход за больными деменцией действительно очень сложен и не каждый может его осуществить самостоятельно.

Уход за больными с деменцией включает:

* помощь либо проведение гигиенических процедур;
* помощь в физиологических оправлениях;
* одевание и переодевание пациента;
* приготовление пищи и кормление пациента;
* контроль физического состояния и приема лекарств;
* обеспечение безопасности и комфорта больного;
* организация рационального режима дня, включающая в себя посильную двигательную активность;
* поддержание продуктивной социальной активности. Во избежание деградации личности больного с деменцией медицинскому персоналу важно обогащать его эмоциональный фон путем вовлечения в комфортное общение и досуговые мероприятия.
* при уходе за пациентом, находящемся на постельном режиме необходимо выполнять мероприятия по профилактике пролежней и застойной пневмонии.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 10:**

**1**.Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт). Относительно постепенное развитие симптомов заболевания, «сторонность» двигательных и чувствительных нарушений, моторная афазия.

Осложнения: нарастание чувствительных и двигательных нарушений до степени паралича (плегии), отек мозга с последующим нарушением жизненных функций. Транспортировать на носилках в неврологический стационар.

**2**.Диагностические мероприятия в стационаре:

КТ, люмбальная пункция с целью уточнения характера инсульта (ишемический или геморрагический); эхо-энцефалоскопия для выявления смещения структур головного мозга; исследование глазного дна для уточнения степени отека мозга и внутричерепной гипертензии; биохимический анализ крови для оценки системы свертываемости.

**3**. Нарушенные потребности пациента: есть; в отдыхе и сне; в соблюдении гигиены тела, заботе о внешнем виде; общаться; работать; в безопасности пациента и его окружения (риск развития осложнений основного заболевания).

**4.**Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* нарушение речи (по типу «каши во рту»)
* общая слабость
* головокружение
* головная боль (умеренно выраженная)
* онемение в правых конечностях и правой половине лица

*Приоритетная проблема:*

* общая слабость

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* инвалидизация
* выздоровление с восстановлением функций

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | В первые дни после инсульта каждые 3 часа измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (или промывание протезов), протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки. | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги, а при необходимости (особенно при варикозном расширении вен) надеть больной эластичные чулки или бинтовать ногу эластичным бинтом. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При стабилизации состояния начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача: постельный режим;  патогенетическое лечение (противоотечное и специфическое гемодинамическое гемостатики или дезагреганты);  симптоматическое лечение (анальгетики). | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики повторного инсульта. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больного стабилизировалось.

**5**.Проба на утомляемость (проба Барре):

«верхний»Барре: больной лежит на спине, руки выпрямлены в локтевых суставах, пальцы сомкнуты и вытянуты, руки подняты от горизонтали на 10-20 градусов. Пациент держит руки до 1 минуту с закрытыми глазами. Отмечают время, с которого рука начинает опускаться;

«нижний»Барре: больной лежит на животе, ноги согнуты в коленных суставах под углом 10-20 градусов, от горизонтали. Оценивается аналогично «верхнему»Барре.

**Тема 2.3.Инфекционные заболевания нервной системы**

**Ситуационная задача №1**

У больной 30-ти лет резкая слабость, «не слушаются» и ослабли ноги.

Жалобына слабость в ногах, чувство онемения в стопах, общую слабость, неустойчивость при ходьбе, двоение в глазах, дрожание в руках, затруднения с речью.

Из анамнеза:В течение последних нескольких недель появилась и стала нарастать слабость в ногах, затем присоединилось двоение в глазах, с неделю отмечает дрожание рук, затруднения с речью, повышение температуры до 37,1°С, потливость. Прием горячей ванны ухудшает состояние.

Объективно:Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в минуту. Сердце: тоны громкие, ритм правильный. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 ударов в минуту. АД 115/65 мм рт.ст.. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус:Зрачки D>S, фотореакция сохранена. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм. Скандированная речь. В верхних и нижних конечностях определяется интенционный тремор, мышечная сила в нижних конечностях ослаблена, сухожильные рефлексы оживлены, тонус в мышцах повышен, снижена чувствительность в области стоп, Отмечается слабость мимической мускулатуры (лагофтальм,). Патологических стопные рефлексы Бабинского, Россолимо. ЭКГ: патологии не выявлено.

Задания:

1.Определите и обоснуйте состояние пациентки.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите нарушенные потребности пациентки.

4.Определите проблемы пациентки, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5. Составьте памятку по уходу за больным для ухаживающих за ним лиц.

**Ситуационная задача № 2**

Мужчина 35 лет, жалобы на интенсивные головные боли постоянного, «распирающего» характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружением, ознобом и выраженной слабостью. Болеет третий день.

Объективно: АД 140/80, пульс 60 ударов в минуту, температура 39,8 °С. Ригидность шеи 3−4 поперечных пальца. Выявляется симптом Кернига. Рефлексы с конечностей оживлены, равны. Симптом Брудзинского положителен с обеих сторон. На кожных покровах туловища единичные геморрагические высыпания.

Задания:

1.Определите и обоснуйте состояние пациента. Расскажите о возможных осложнениях и прогнозе.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Определите нарушенные потребности пациента.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5.Продемонстрируйте исследование менингеальных симптомов.

**Ситуационная задача № 3**

Сестра вызвала скорую помощь своему 30 летнему брату, так как у него развился эпилептический припадок. Из анамнеза известно, что пациент ВИЧ инфицирован. Пациента срочно госпитализировали. Во время осмотра пациент жалуется на сильную головную боль, сонлив, спутан, на вопросы отвечает не по существу. Объективно: сенсорная афазия Вернике, правосторонний гемипарез. В анализе ликвора: легкая ксантохромия, цитоз 300 в 1 мл, белок 2,0 г/л, давление 280 мм вод.ст. На МРТ признаки поражения лобных и височных долей головного мозга (некроз, геморрагии, отек).

**Задание:**

1.Определите и обоснуйте состояние пациента. Расскажите о возможных осложнениях и прогнозе.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Сформулируйте нарушенные потребности пациента.

4.Определите проблемы пациента, сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого вмешательства.

5. Продемонстрируйте алгоритм неотложной помощи при судорогах.

**Ситуационная задача № 4**

Во время летних каникул, находясь у бабушки в деревне в Белоруссии, 14-летний подросток регулярно пил козье молоко. Внезапно у него возник озноб, поднялась температура до 39°С, заболела голова, была рвота. На второй день болезни был жидкий стул, боли в животе. Через два дня температура снизилась, но еще через два дня, вновь поднялась, стал сонлив и спутан, в связи с чем доставлен в больницу. В больнице определили положительные симптомы ригидности шейных мышц, Кернига и Брудзинского. Очаговой неврологической симптоматики выявлено не было. В анализе ликвора: бесцветный, прозрачный, давление 350 мм вод.ст., цитоз 200 кл. в 1 мкл, смешанного характера, с преобладанием лимфоцитов.

**Задания:**

1.Определите неотложное состояние пациента. Расскажите о возможных путях заражения.

2.Охарактеризуйте синдромы нейроинфекций.

3.Назовите дополнительные методы обследования.

4.Сформулируйте принципы ежедневного специализированного уходаза больным с инфекционными заболеваниями нервной системы.

5. Расскажите об особенностях ухода за больным с рвотой.

**Ситуационная задача № 5**

В летнем детском спортивном лагере у троих детей возраста от 6 до 9 лет в течение 2-х суток повысилась температура до 38°С, появилась сильная головная боль, головокружение, повторная рвота. У одного ребенка развился судорожный припадок. При осмотре: состояние у всех средней тяжести, гиперемированная окраска лица с бледным носогубным треугольником, умеренно выраженные менингеальные симптомы. В анализе ликвора ребенка, которого первым доставили в районную больницу: ликвор прозрачный, бесцветный, давление 350 мм вод.ст., 400 клеток в 1мкл, преобладают лимфоциты, белок – 0,2 г/л.

**Задания:**

1. Определите и обоснуйте состояние пациента. Расскажите о возможных осложнениях и прогнозе.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Охарактеризуйте профилактику энтеровирусного менингита.

4. Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.

5.Продемонстрируйте алгоритм неотложной помощи при красной гипертермии.

**Ситуационная задача № 6**

Родители 9-ти летнего ребенка вызвали врача на дом. Рассказали, что в течение 2,5 недель у сына была небольшая температура 37,2− 37,5°С, плохо себя чувствовал, болела голова, была однократная рвота. Сегодня с утра появилось двоение в глазах. За последний год похудел на 3 кг, часто жаловался на выраженную слабость и утомляемость, ухудшилась успеваемость в школе, появился частый кашель. Врач выявил: умеренно выраженный менингеальный синдром, легкое расходящееся косоглазие и легкий птоз справа. Мальчика срочно госпитализировали. Известно, что отец ребенка год назад прибыл из МЛС. Анализ ликвора: давление 400 мм водного столба, жидкость бесцветная, через 24 часа появилась неясная фибриновая сетка, белок 0,65 г/л, цитоз 200 в 1 мм3, преобладают лимфоциты, сахар 0,6 ммоль/л. У врача приемного покоя имеется подозрение на туберкулезный менингит.

#### Задания:

1.**Расскажите о признаках туберкулезного менингита при анализе спинномозговой жидкости.**

**2.Определите нарушенные потребности пациента.**

3.Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

4.Перечислите особенности санэпидрежима при туберкулезном менингите.

5.Проведите инструктаж пациента по сбору мокроты на БК.

### Ситуационная задача № 7

При заборе крови у ВИЧ-инфицированного, медсестра разбила пробирку и при этом порезала палец и пролила кровь на открытые части тела, оборудование, спецодежду.

**Задания:**

1.Охарактеризуйте порядок оказания первой помощи медсестре в целях профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

2.Назовите принципы диспансеризации медсестры после медицинского контакта с ВИЧ-инфицированным.

3.Расскажите о порядке дезинфекции и показаниях к стерилизации инструментария после работы.

4.Перечислите возможные аварийные ситуации, возникающие в ЛПУ при работе с мединструментарием.

5.Назовите состав аптечки для оказания первой помощи при авариях.

**Ситуационная задача № 8**

У солдата срочной службы остро развилось лихорадочное состояние, температура 39°С, головная боль, рвота, потеря сознания. Врач выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс 98 в минуту, ритмичный. Неврологически: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. Анализ ликвора: давление 300 мм водного столба, цвет мутный, белесоватый, цитоз 1500 в 1мм**3**, преобладают нейтрофилы. При опросе солдат этой роты, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.

Диагноз: Менингококковый менингит.

**Задания:**

1.Определите неврологический синдром.

2.Предложите дополнительные методы обследования.

3.Предположите возможный источник заражения и исходы заболевания.

4.Назовите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.

5.Продемонстрируйте технику взятия мазка из носоглотки на менингококк.

**Ситуационная задача № 9**

Больной Г., 25 лет предъявил жалобы на головную боль «тяжелая голова», шум в ушах, тошноту, двоение, слабость в ногах.

Из анамнеза: рос и развивался без отставания от сверстников, прививки проводились вовремя. В 9 лет перенес вирусный гепатит. Операций, переливаний крови, аллергических реакций не было. Год назад была травма головы в результате драки, терял сознание на короткое время, были головные боли, рвота, в медицинские учреждения не обращался. Два года назад перенес сифилис. Курит 20 сигарет в день. Алкоголизируется 3 раза в неделю до 0,5 л водки. При осмотре у него выявлены: повышение температуры 37,80С, тахикардия, пятнисто-папулезная сыпь, нерезко выраженные менингдальные знаки, диплопия, птоз, косоглазие, сужение и вялая реакция зрачков на свет, синдром Аргайла−Робертсона, асимметрии носогубных складок, неустойчивость в позе Ромберга, снижение глубоких рефлексов, повышение мышечного тонуса, снижение силы нижних конечностей до 3,5-4 баллов. Глазное дно: застойный диск зрительного нерва, гиперемия диска с обеих сторон.

Диагноз: Нейросифилис. Сифилитический менингомиелит.

**Задания:**

1.Составьте таблицу отличий гнойных (менингококковый) и серозных менингитов (туберкулезный, сифилитический).

2.Определите нарушенные потребности пациента.

3.Перечислите особенности санэпидрежима при сифилитическом менингите.

**4.Определите поражение ЧМН у пациента.**

5.Расскажите о синдроме Аргайла−Робертсона.

**Ситуационная задача № 10**

3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кроватке, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1мм**3**, преобладают нейтрофилы.

**Задания:**

1.Определите неотложное состояние пациента.

2.Назовите дополнительные методы обследования.

3.Охарактеризуйте показатели ликвора у данного больного.

4.Изучите СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции».

5.Опишите технику проведения люмбальной пункции у детей.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам.Раздел 2. Патология нервной системы.**

**Тема 2.3. Инфекционные заболевания нервной системы**

**Эталон ответа на ситуационную задачу №1:**

**1.**Рассеянный склероз.Обоснование: данные анамнеза, данные  
неврологического осмотра (быстро прогрессирующий парапарез, нарушение чувствительности по типу «носков», наличие триады Шарко:интенционный тремор, нистагм, скадированнаяречь). Госпитализация в неврологическое отделение.

**2**.Необходимо провести МРТ, спинномозговую пункцию. При исследовании спинномозговой жидкости определяется клеточная-белковая диссоциация, умеренное увеличение цитоза.

**3.**На­ру­шен­ные по­треб­но­сти*:* говорить, ходить, видеть, ра­бо­тать, об­щать­ся, под­дер­жи­вать нор­маль­ную тем­пе­ра­ту­ру те­ла.

**4**.Проблемы пациентки.

*Настоящие проблемы:*

* слабость в ногах
* чувство онемения в стопах
* общая слабость
* неустойчивость при ходьбе
* двоение в глазах
* дрожание в руках
* затруднения с речью.
* потливость

*Приоритетная проблема*:

* общая слабость

*Потенциальные проблемы*:

* риск развития слепоты и полной неподвижности

*Краткосрочная цель:* уменьшить общую слабость.

*Долгосрочная цель:* к выписке пациенткабудет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1. | Вызвать врача. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 2. | Объяснить пациенту суть его заболевания, методы диагностики, лечения и профилактики осложнений и рецидивов заболевания. | Для достижения полного взаимопонимания между медицинским персоналом и больным, улучшения сна, снижения тревоги. |
| 3. | Обеспечить регулярное проветривание палаты. | Для притока свежего воздуха, уменьшения гипоксии |
| 4. | Обеспечить психологическую подготовку больного к обследованиям. | Для снятия страха перед процедурами. |
| 5. | Приготовить шприцы, иглы. | Для проведения медикаментозной терапии |
| 6. | По назначению врача введение кортикостероидов или препаратов АКТГ. | Основной метод лечения рассеянного склероза в стационаре. |
| 7. | По назначению врача введение нейролептиков. | Для купирования приступа психомоторного возбуждения |
| 8. | По назначению врача введение цитостатиков. | Для стабилизации процесса. |

*Оценка сестринских вмешательств*: слабость уменьшилась.

**5.**Уход за подопечным, страдающим рассеянным склерозом:

|  |
| --- |
| Необходимо сосредоточить внимание больного на поддержании физическоййподвижности.  Обеспечьте контроль больного над функцией кишечника и мочевого пузыря.  Контролируйте частоту стула и мочеиспусканий у больного.  Помогите больному сконцентрироваться на том, что он может делать, а не наа том, чего он делать не может.Помогайте больному при ходьбе сохранятьь равновесие.  Предлагайте ему пользоваться тростью, ходунками, поручнями и другими приспособлениями для профилактики падений.  Выполняйте пассивные упражнения для пораженных конечностей больного.  Поощряйте больного к занятиям активными упражнениями. Упражнения предотвращают контрактуру и поддерживают подвижность сустава.  Убеждайте больного активно делать эти упражнения.  Рекомендуйте принимать пищу с высоким содержанием клетчатки. Этоопомогает поддерживать очищение кишечника.  Используйте специальную облегченную посуду и столовые приборы, так какк больному трудно удержать их в руке.  В случае задержки стула применяйте слабительные средства.  Рекомендуйте больному пить много жидкости. Обильное потреблениее жидкости стимулирует мочеиспускание и помогает предотвращать попаданиее инфекции в мочевой пузырь и почки. Большое потребление жидкости оченьь важно для обеспечения регулярной работы кишечника. Часто люди,  страдающие недержанием, думают, что если они сократят потреблениее жидкости, то это решит их проблему. Мягко, но настойчиво убеждайте их в том, что это не так.  При возникновении у больного позыва на мочеиспускание немедленно окажие ему помощь: подайте судно или помогите дойтидо туалета. Если произошлоонеудержание мочи, помогите переменить одежду и постельное белье.  Рекомендуйте принимать теплые ванны, когда это возможно. При этом следии чтобы вода не была слишком горячей. Теплая вода снижает напряжение мышцц и возможность мышечных спазмов (судорог), а горячая - может вызватьь усиление слабости и даже потерю сознания.  Старайтесь создать положительный эмоциональный настрой не только уо больного (подчас это невозможно), но и у родственников и друзей.  Рекомендуйте больному как можно чаще делать что-то для себяя самостоятельно. Это даст ему возможность почувствовать себя болеее независимым.  Напоминайте больному о том, чтобы он не торопился и почаще отдыхал, нее перенапрягая свои силы.  Терпеливо выслушивайте больного и побуждайте его рассказывать Вам своих переживания.  Рекомендуйте больному в меру сил участвовать в активной жизни и поддерживать дружбу с другими людьми вне дома, чтобы он не чувствовалл себя изолированным от других.  Проводите легкий массаж отечных частей тела, чтобы сохранить гибкостьь суставов.  Убеждайте больного в том, что он не представляет для Вас или родственниковвобузы.  Поддерживайте больного и помогайте ему готовиться к худшему.  Не давайте больному ложных обещаний выздоровления.  Помогайте ему устроить дела всех, за кого он несет ответственность.  Знайте о том, что на сегодняшний день лечения рассеянного склероза не  существует. Больные люди неизбежно умирают от тяжелых инфекционныхх осложнений или внезапной остановки дыхания. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу №2:**

**1.**Менингит.Обоснование: наличие менингеального синдрома и общеинфекционногосинд-рома (т-емпература при острых нейроинфекциях быстро достигает высоких значений 39−40°С). Основные симптомы менингеального синдрома: головная боль; повышенная чувствительность (гиперестезия) к свету, звукам, запахам, которые воспринимаются обостренно и вызывают усиление головной боли, тошноту и рвоту; усиление болезненности при перкуссии черепа; появление менингеальной триады: ригидности мышц шеи, симптома Кернига, симптома Брудзинского.

При неоказании помощи развивается отек мозга, гипертермия с возможным летальным исходом. Транспортировка на носилках в инфекционную больницу.

**2.**Диагностические мероприятия в стационаре:

биохимический анализ ликвора (спинномозговой жидкости); общий анализ крови; бакпосев на питательные среды соскоба слизистой из носоглотки, гемокультуры (кровь из вены), соскоба с элементов сыпи.

**3**.Нарушенные потребности пациента:

Выделение продуктов жизнедеятельности из организма(из-за рвоты);

есть; в отдыхе и сне (из-за жара); поддерживать температуру тела (из-за высокой температуры тела); в соблюдении гигиены тела, заботе о внешнем виде (сухость во рту из-за высокой температуры тела); общаться; работать;

в безопасности пациента и его окружения (риск развития осложнений основного заболевания).

**4.** *Настоящие проблемы:*

* дефицит самоухода вследствие резкой слабости, лихорадки (температура 39,8 °С)
* интенсивные головные боли постоянного, «распирающего» характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружением, ознобом и выраженной слабостью
* АД 140/80температура 39,8°С
* дефицит общения, из-за резкой слабости
* дефицит информации о заболевании, обследовании и лечении

*Потенциальные проблемы:*

* отек мозга
* гипертермия с возможным летальным исходом
* риск развития температурного кризиса
* риск присоединения вторичной инфекции
* риск развития пролежней
* риск тромбоза подключичного катетера

*Приоритетная проблема:* дефицит самоухода как следствие резкой слабости и лихорадки.

*Краткосрочная цель:* пациент будет справляться с повседневной деятельностью с помощью медсестры.

*Долгосрочная цель:*на момент выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |
| --- | --- |
| Мероприятия | Мотивация |
| Режим: постельный.  Положение в постели – с приподнятым изголовьем.  Палата боксированная. | Профилактика развития осложнений основного заболевания.  Профилактика вторичной инфекции. |
| Диета: парентеральное питание по назначению врача. Скорость инфузии определяет врач. | Невозможность энтерального питания, необходимость получения питательных веществ. |
| Уход за кожей: смена положений тела каждый час, с одновременной обработкой кожи антисептическим раствором и легким массажем, смена постельного и нательного белья по мере загрязнения (белье стерильное).  Противопролежневые прокладки под крестец, пятки, локти. | Профилактика пролежней и инфицирования. |
| Уход за полостью рта: полоскание рта антисептическими растворами (хлорофиллиптом, отваром зверобоя, тысячелистника, ромашки). Обработка зубов ватными палочками 2% содовым раствором. | Обеспечить ощущение комфорта. |
| По назначению врача введение медикаментов. | Уход при гипертермии. |
| Профилактика застойной пневмонии:  - щадящая дыхательная гимнастика;  - антибактериальная терапия по назначению врача. | Не допустить застоя в нижних отделах легких.  Улучшить легочную вентиляцию.  Уничтожить патогенные микроорганизмы. |
| Уход за подключичным катетером.  Уход за кожей вокруг катетера – по стандарту. | Профилактика инфицирования. |
| Провести беседу с пациенткой, учитывая тяжесть ее состояния, вербальными и не вербальными способами, неформальным методом на дружеском уровне.  Разъяснить необходимость постельного режима, назначенного лечения, обследования, преимущества парентерального питания. | Адаптировать к условиям стационара.  Восполнить дефицит информации.  Получить достоверные результаты обследования.  Включить в процесс лечения. |
| Уборка палаты с дез. средствами через каждые 4 часа с кварцеванием палаты. Персонал при входе в палату надевает стерильный халат. Проветривание только с кондиционером. | Профилактика инфицирования. |
| Контроль гемодинамики, t° С, состояния кожи, диуреза, стула. | Оценка состояния. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больного стабилизировалось.

**5**.Проба на утомляемость (проба Барре):

«верхний»Барре: больной лежит на спине, руки выпрямлены в локтевых суставах, пальцы сомкнуты и вытянуты, руки подняты от горизонтали на 10-20 градусов. Пациент держит руки до 1 минуту с закрытыми глазами. Отмечают время, с которого рука начинает опускаться;

«нижний»Барре: больной лежит на животе, ноги согнуты в коленных суставах под углом 10-20 градусов, от горизонтали. Оценивается аналогично «верхнему»Барре.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 3:**

**1.**Энцефалит (герпетический). При адекватном лечении смертность составляет 28% (без 70%), около 50% имеют стойкий резидуальный неврологический дефицит.

Об остромвирусном энцефалитеговорит- сочетание общеинфекционных, менингеальных и общемозговых симптомов с признаками поражения вещества головного мозга. Общемозговые симптомы: расстройства сознания, нарушение психических функций, эпилептические припадки; очаговые симптомы: нарушения движений (спастические монопарезы и гемипарезы) и координации движений (атаксия), расстройства чувствительности (гипестезии, парестезии, анестезии, боли), изменения функции черепных не-рвов (центральный парез мимической мускулатуры, бульбарный и псевдобульбарный синдром, нарушение движения глазных яблок и зрачковых реакций (нистагм) и высших корковых функций **-** речи (афазия), гнозиса (агнозия), праксиса (апраксия).

**2**.Анализ ликвора на выявление вируса – ПЦР, обследование на СПИД.

**3.** Нарушенные потребности пациента: есть; в отдыхе и сне; в соблюдении гигиены тела, заботе о внешнем виде; общаться; работать; в безопасности пациента и его окружения (риск развития осложнений основного заболевания); дышать; выделять продукты жизнедеятельности; двигаться и поддерживать желаемое положение тела.

**4**. Проблемы пациента:

*Настоящие проблемы:*

* сильная головная боль
* сонлив
* спутан
* на вопросы отвечает не по существу
* эпилептический припадок
* отсутствие движений в правой половине тела

*Приоритетная проблема:*

* нарушение сознания
* эпилептический припадок

*Потенциальная проблема:*

* смерть
* стойкий резидуальный неврологический дефицит

*Краткосрочная цель:* стабилизация состояния.

*Долгосрочная цель:* к моменту выписки пациент будет чувствовать себя удовлетворительно.

План сестринского ухода:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Мотивация |
| 1 | Режим лечебно-охранительный, усиленное наблюдение. | С целью лечения и безопасности пациента. |
| 2 | Измерять артериальное давление и считать пульс | Для контроля состояния. |
| 3 | Подготовка к обследованию. | Для улучшения диагностики. |
| 4. | Освобождение дыхательных путей от слизи с помощью электроотсоса. | Обеспечение нормального дыхания. |
| 5. | Установить назогастральный зонд | Контроль за глотанием. |
| 6. | Под контролем врача установить кубитальный катетер и следить за его функционированием. | Внутривенное введение лекарственных препаратов. |
| 7. | Несколько раз в день протирать больного камфорным спиртом (крестец, седалищные бугры, пяточные кости). Покрасневшие участки обрабатывать концентрированным раствором марганцовки. При непроизвольном мочеиспускании для профилактики пролежней использовать памперсы и мочеприемники, несколько раз в день перестилать постельное белье. | Контроль за состоянием кожных покровов с целью профилактики пролежней. |
| 8. | Катетеризация мочевого пузыря (с промыванием уретры слабым раствором марганцовки). Клизма один раз в 2-3 дня. | Контроль за регулярным опорожнением кишечника и мочеиспусканием. |
| 9. | Регулярная чистка зубов (протирание ротовой полости тампоном, смоченным слабым раствором марганцовки). | Уход за ротовой полостью. |
| 10. | Питание и жидкость вводить черезназогастральный зонд. | При нарушенном сознании. |
| 11. | Уже в первые дни проводить несколько раз в день пассивную гимнастику парализованной ноги. | Профилактика тромбозов вен. |
| 12. | При стабилизации состояния начать ранние реабилитационные мероприятия. | Для облегчения состояния и предотвращения развития осложнений. |
| 13. | Строгое выполнение назначений врача: постельный режим;  патогенетическое лечение и симптоматическое лечение. | Для оказания квалифицированной помощи. |
| 14. | Беседы с родственниками о необходимости пожизненного наблюдения и лечения у невролога. | Для профилактики инвалидизации. |

*Оценка результата*: в течение смены состояние больного стабилизировалось.

**5**. **Алгоритм оказания неотложной помощи при большом судорожном припадке**

*Цель:* обеспечение безопасности пациента и медперсонала, профилактика травматизма.

*Показания:* большой судорожный припадок

*Противопоказания:* нет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Последовательность действий (этапы)** | **Обоснование** |
| Положить пациента на бок. | Профилактика западения языка и аспирации. |
| Подложить мягкое (одежда, сумка, подушка, одеяло) под голову. | Профилактика травм. Последовательность выполнения манипуляции. |
| Расстегнуть стесняющую одежду. | Доступ воздуха. |
| Засечь длительность приступа. Записать приступ на видео. | Помощь врачу в постановке диагноза. |
| Удерживать голову и конечности без применения силы. | Может произойти вывих или повреждение связок. |
| Приготовить реланиум, седуксен. | Не допустить повторных судорог. |
| Осуществлять надзор за пациентом ***после*** приступа до тех пор, пока он полностью не придет в сознание: следить, чтобы он не лежал с запрокинутой головой и проверять дыхание и пульс. При необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия. | Безопасность пациента. |

*Примечание:*

1. Во всех случаях повторных припадков, осложненных припадков (травмы), пациенты госпитализируются в неврологическое отделение.

2.Нельзя разжимать челюсти и вкладывать в рот предметы.

3.Нельзя удерживать пациента на спине с запрокинутой головой.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 4:**

**1.**Клещевой энцефалит, менингеальная форма.Энтеральный путь заражения, козье молоко.

**2**.Общеинфекционный синдром, который проявляется следующими симптомами: слабость; общее недомогание; головная боль; повышение температуры тела; диспептические расстройства (боли в животе, жидкий стул). Общие для всех нейроинфекций синдромы: менингеальный синдром и синдром внутричерепной гипертензии.

Энцефалический синдром – нарушение функци-онирования головного мозга, проявляющееся изменениями созна-ния различной степени: оглушением; сопорозным состоянием; комой; психомоторным возбуждением.

Отмечаются галлюцинации, бред, судо-роги. Энцефалический синдром нередко проявление выраженного нейроток-сикоза. Симптомы нарушения мозговых функций исчезают бесследно после купирования нейротоксикоза.

Наличие симптомов неврологического дефицита **-** парезов, расстройств чувствительности и координации, нарушения речевых функций у больного с нейроинфекцией свидетельствует о пов-реждении структуры мозгового вещества- (энцефалита).-

**3**.Анализ ликвора на выявление вируса – серологическое исследование, ПЦР.

**4**. Ежедневный специализированный уход. Кглавным относят следующие мероприятия: профилактика пролежней; профилактика гипостатической пневмонии; профилактика тромбоэмболии легочной артерии. Наиболее простой метод предупреждения этих осложнений – поворотыбольного в постели каждые 2 часа. Оптимальное положение пациента в койке – так называемая «поза бегуна» (руки и ноги согнуты). Под костные выступы подкладывают специальные мягкие валики, круги и т.д. Больным с выраженным болевым синдромом необходимо адекватное обезболивание для повышения их мобильности в пределах постели.

Продолжим список главных мероприятий: уход за кожными покровами: обтирание камфорным спиртом 2-3 раза в сутки; регулярная санация ротоносоглотки: используют вакуумный отсос с последующим промывание полости рта мягким антисептическим раствором (например, настой ромашки). Аналогично при ИВЛ с помощью мягкого силиконового катетера и вакуумного отсоса санируют трахеобронхиальное дерево; предупреждение развития контрактур у больных с резко угнетенным сознанием – фиксация конечностей в определенном положении; контроль засостоянием инфузионных систем, зондов и катетеров; контроль адекватности диуреза и функций кишечника.

Важно во время заподозрить развитие опасных для жизни осложнений у неврологического больного и принять экстренные меры. Наиболее часто встречаются следующие осложнения: признаки вклинения структур головного мозга. Вклинение ствола мозга в намет мозжечка проявляется первоначально быстрым изменение величины зрачков (анизокорией), угнетение их реакции на свет. Вклинение миндалин мозжечка с ущемлением продолговатого мозга в большом затылочном отверстии характеризуется катастрофическим угнетением жизненно важных функций и развитие комы; острая сердечно-сосудистая недостаточностьна первом этапе проявляется внезапным или прогрессирующим снижением АД; нарастание легочной недостаточности выражается в быстро прогрессирующих расстройствах дыхания. Не следует забывать: причиной дыхательных расстройств может быть закупорка воздуховода или неисправность аппарата ИВЛ; судорожные приступы и психомоторное возбуждение.

**5.Уход при рвоте**

Цель: оказать помощь при рвоте.

Оснащение: таз, клеёнчатый фартук, клеёнка, малые салфетки для ухода за полостью рта, раствор для полоскания полости рта: 2% раствор натрия бикарбоната или 0,01% раствор калия перманганата, электроотсос или грушевидный баллончик.

Подготовка к процедуре

*Если пациент в сознании*

* усадить пациента, грудь накрыть клеёнкой;
* дать полотенце, к ногам поставить тазик;
* сообщить врачу.

*Если пациент без сознания*

* повернуть пациента на бок, или же повернуть голову (во избежание аспирации рвотных масс в дыхательные пути);
* срочно вызвать врача;
* убрать подушку;
* накрыть клеёнкой шею и грудь пациента;
* подставить ко рту почкообразный лоток.

Выполнение процедуры

*Если пациент в сознании*

* придерживать голову пациента во время акта рвоты, положив на его лоб свою ладонь;
* обеспечить полоскание рта водой, после каждого акта рвоты, вытереть лицо салфеткой.

*Если пациент без сознания*

* отсосать электроотсосом или грушевидным баллончиком из полости рта, носа рвотные массы;
* осуществлять уход за полостью рта и носа после каждого акта рвоты.

Окончание процедуры

оставить рвотные массы до прихода врача.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 5:**

**1**.Первичный энтеровирусный менингит.

Первичный менингит развивается при непосредственном внедрении возбудителя в нервную систему. Вторичный менингит возникает как осложнение бактери-ального воспаления в других органах. **Энтеровирус может передаваться фекально-оральным (через грязные руки), водным и воздушно-капельным путем.**Каждое лето отмечается сезонный подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией в детских коллективах.Общие симптомы нейроинфекций: менингеальный и гипертензионный.Лечение симптоматическое.

**2.**Серологическое исследование сыворотки крови и СМЖ.

**3**.Профилактика энтеровирусного менингита: за детьми и персоналом, контактирующими сзаболевшим, в ДДУ устанавливается карантин 20 дней после прекращения контакта и проведения дезинфекции. В случае выявления подозрительных на заболевание лиц их изоляция. Ограничивается проведение массовых мероприятий.

**4.**Изолировать заболевших, осуществлять медицинское наблюдение за всеми контакными лицами, на пищеблоке и во всех местах общего пользования проводить текущую дезинфекцию, ежедневно контролировать организацию питания.

**5. Алгоритм неотложной помощи при красной гипертермии**

Симптомы: температура тела 38,5° С и выше;общее состояние страдает незначительно;кожные покровы горячие, влажные, гиперемированы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этапы | Мотивация | Доза |
| 1. Максимально раздеть ребёнка, уложить в постель. | С целью увеличения теплоотдачи. |  |
| 2. Обеспечить доступ свежего воздуха. | При гипертермии развивается гипоксия. |  |
| 3. Дать энтерально жаропонижающие средства (панадол, парацетамол, свечи). | Температура не должна снижаться литически. | Внутрь парацетамол 10 мг/кг детям до года и 15 мг/кг детям более старшего возраста. |
| 4. Дать ребёнку обильное витаминизированное питьё  (но не поить насильно). | С целью снижения интоксикации и температуры. |  |
| 5. Провести физическое охлаждение с помощью пузырь со льдом, холод на крупные сосуды, обертывание во влажную простыню, обдувание вентилятором,обтирание смесью равных количеств 40 ° спирта, воды и столового уксуса,клизмы с водой 20 °С. | Температура не должна снижаться литически. |  |
| Через 30 минут повторно измерить температуру. | Контроль эффективности проводимых мероприятий. | 1. Если в течение 30-45 минут температура тела не снижается, то повторить парацетамол. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 6:**

**1.Признаки туберкулезного менингита при анализе спинномозговой жидкости:**  
1. Давление в спинномозговом канале обычно повышено (жид   
кость вытекает частыми каплями или струей).   
2. Внешний вид СМЖ: вначале прозрачная, позднее (через   
24 часа) может формироваться сеточка фибрина. При наличии блокады   
спинного мозга имеет желтоватый цвет.   
3. Клеточный состав: 200-800 в 1мм**3**(норма 3-5).   
4. Содержание белка повышено (0,8-1,5-2,0 г/л), норма 0,15-   
0,45 г/л.   
5. Сахар: содержание его понижено на 90%, но может быть нормальным в ранней стадии болезни. Этот показатель важен для дифференциальной диагностики с вирусным менингитом, при котором содержание сахара в СМЖ нормальное.

**2.**Нарушены потребности: есть, общаться, учиться, в безопасности, быть здоровым, поддерживать температуру тела.

**3.**Проблемы пациента:

*Настоящие:*

* субфебрильная температура 37,2− 37,5°С
* плохое самочувствие
* головная боль
* однократная рвота
* двоение в глазах
* утомляемость
* частый кашель
* плохой аппетит

*Потенциальные*:

* клиническое выздоровление
* летальный исход
* стойкие остаточные явления (симптомы хронической гидроцефалии, ослабление слуха и зрения, умственная отсталость и снижение интеллекта)

*Приоритетная*:

* выраженная слабость.

*Краткосрочная цель*: уменьшение слабости через 1 неделю.

*Долгосрочная цель*: исчезновение слабости через 3 месяца, демонстрация пациентом знаний факторов риска, ведущих к обострению заболевания.

План сестринского ухода:

|  |  |
| --- | --- |
| Мероприятия | Мотивация |
| 1. Обеспечение достаточного ночного и дневного сна. | Для восстановления работоспособности, активации защитных сил |
| 2. Обеспечение достаточного питания с повышенным содержанием белка, витаминов, микроэлементов. | Для повышения защитных сил организма, повышения уровня специфических антител, активизации репаративных процессов. |
| 3. Обеспечение доступа свежего воздуха в помещение, проветривание. | Для улучшения аэрации легких, ликвидации гипоксии. |
| 4. Прогулки и умеренная физическая нагрузка на свежем воздухе. | Для повышения аппетита, активизации защитных сил организма. |
| 5. Контроль за выполнением комплекса дыхательных упражнений. | Для улучшения микроциркуляции в легких. |
| 6. Проведение беседы с пациентом о необходимости медикаментозного лечения, объяснение правил приема препаратов и их побочных эффектов. | Для повышения эффективности лечения, что приведет к ликвидации слабости. |
| 7. Контроль за своевременной сдачей мокроты, крови для исследования, динамической Rh-графии. | Для контроля эффективности лечения. |

*Оценка:* пациент почувствует улучшение самочувствия.

**4**.Особенности санэпидрежима при туберкулезномменингите определяются

постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. N 60 об утверждении санитарно-эпидемиологических правилСП 3.1.2.3114-13 «ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА».

8.6. В очагах туберкулеза с целью его ранней локализации и предупреждения распространения заболевания специалистами медицинских специализированных противотуберкулезных организаций (отделений, кабинетов) проводятся санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

- первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 дней с момента выявления больного;

- разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

- изоляция и лечение больного туберкулезом;

- изоляция из очага детей (в том числе изоляция новорожденных от бактериовыделителей на период формирования поствакцинного иммунитета не менее чем на 2 месяца), подростков, беременных женщин (в случае если больной туберкулезом не госпитализирован), с указанием в карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза;

- проведение контролируемой химиотерапии или превентивного лечения контактным лицам, динамическое обследование контактных лиц (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих клинических анализов);

- организация заключительной дезинфекции, текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;

- контроль текущей дезинфекции в очаге (1 раз в квартал);

- первичное обследование лиц, контактировавших с больным, в течение 14 дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами в установленном порядке;

- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

- определение условий, при которых очаг туберкулеза может быть снят с эпидемиологического учета;

- заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага туберкулеза и весь комплекс проводимых в очаге мероприятий с указанием сроков их проведения.

## 5.

Цель. Выделение микобактерии туберкулеза  
Показания. Подозрение на туберкулез легких.   
Оснащение. Стерильная сухая банка с плотно закрывающейся крышкой.   
**Техника взятия мокроты на микобактерии туберкулеза**  
1. Накануне вечером пациента предупреждают о предстоящем исследовании следующим образом: «Завтра с 6.00 утра вам нужно начать собирать мокроту на исследование. Мокрота на назначенное Вам исследование собирается в течение суток. Это значит, что всю мокроту, которая будет у вас выделяться при кашле, необходимо сплевывать в эту банку. Банку, пожалуйста, ставьте в прохладное место и плотно закрывайте крышкой». Необходимо показать пациенту то место, где в течение суток будет храниться банка с мокротой.   
2. Собранную мокроту отправляют в бактериологическую лабораторию.   
3. Результат исследования вклеивают в медицинскую карту стационарного больного.   
Примечания: Если у пациента выделяется мало мокроты и ее будет недостаточно для исследования, то мокроту можно собирать в течение 3 суток, сохраняя в прохладном месте.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 7:**

**1**. Порядок оказания первой помощи медсестре в целях профилактики заражения ВИЧ-инфекцией:

* при попадании зараженного материала на кожу необходимо обработать ее 70% раствором спирта, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% раствором спирта. При попадании инфицированного материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия. Не тереть! При уколах и порезах выдавить из ранки кровь и обработать ранку 5% раствором йода;
* загрязненную спецодежду немедленно снять и замочить в 3% растворе хлорамина на 60 минут, а затем сдать в стирку;
* поверхности оборудования обрабатываются 3% раствором хлорамина или 6% раствором перекиси водорода двукратно через 15 минут;
* при контакте с кровью и др. биологическими жидкостями ВИЧ-инфици-рованного специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом назначают химиопрофилактику не позднее 3-х суток с момента аварийной ситуации.

**2**. После медицинского контакта с ВИЧ-инфицированным медсестра ставится на диспансерный учет. Клинико-лабораторное обследование проводится: сразу после контакта, через 3, 6 и 12 месяцев.

**3.** Использованный инструментарий можно обработать следующим образом поэтапно:

1) дезинфекция инструментария в 3 % растворе хлорамина в течение 60 минут, либо другими дезинфектантами согласно инструкции;

2) все медицинские инструменты и оборудование делят на 3 группы: критические, полукритические и некритические. Стерилизации подвергают первую и вторую группу (т.е. те предметы, при работе с которыми возможно нарушение целостности кожных покровов и слизистых оболочек).

3) стерилизация воздушным методом: при температуре 180° С в течение 1 часа.

**4**.К аварийным ситуациям, возникающим в ЛПУ при работе с мединструментарием, относятся:

* повреждение кожных покровов (проколы, порезы) медицинским инструментарием во время проведения различных манипуляций или при контакте с мединструментарием до его дезинфекции;
* попадание потенциально инфицированного материала на кожные покровы и слизистые оболочки;
* разбрызгивание крови во время проведения центрифугирования;
* разрывы и проколы перчаток.

**5.** В аптечку для оказания первой помощи при авариях (разрывы или проколы перчаток, уколы или порезы кожных покровов, попадание материала на слизистые оболочки, открытые части тела, оборудование и т.д.) входят следующие средства:

а) 70% спирт;

б) навески марганцевокислого калия по 0,05 г.;

в) стерильная вода по 100 мл (приготовленная и закупоренная в аптечных условиях со сроком годности 1 месяц) для разведения марганцевокислого калия;

г) 5% раствор йода;

д) стерильные салфетки, вата, пипетки;

е) лейкопластырь;

ж) напальчники или перчатки;

з) 6% перекись водорода или 3% раствор хлорамина;

и) туалетное мыло.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 8:**

**1.**У больного менингеальный синдром – сочетание головной боли с контрактурами. Клинически наличие контрактур определяется характерными для менингита симптомами:

Ригидность затылочных мышц–ощущается сопротивление при попытке пригнуть голову к груди.

Симптом Кернига– выражается в невозможности разогнуть в коленном суставе ногу, предварительно согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах.

Симптом Брудзинского верхний– при пассивном наклоне головы к груди в положении «лежа на спине» происходит сгибание (приведение) ног в коленных и тазобедренных суставах.

Симптом Брудзинского нижний– при проверке симптома Кернига, т.е. при пассивном разгибании в коленном суставе ноги, согнутой в коленном и тазобедренном суставах, происходит непроизвольное сгибание другой ноги в тех же суставах.

**2**.Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, ПЦР.

**3**.Носитель или больной назофарингитом. Исходы: полное выздоровление, летальный исход, стойкий неврологический дефицит (глухота, слепота, эпилепсия).

**4**.Особенности санэпидрежима при менингококковом менингите.

Весьма важна профилактика нейроинфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Чрезвычайно актуальны мероприятия по выявлению и обезвреживанию источников распространения ме-нингококков. В очагах, где уже диагностировались случаи заболе-вания: тщательно проветривать помещение, необходима ежедневная влажная уборка с использованием дезинфицирующих растворов, требуется облучение бактерицидными лампами. Нельзя допускать большого скопления людей, особенно детей, в закрытых помещениях. Соблюдение общегигиенических правил в периоды сезонного подъема заболеваемости обязательно.

О каждом случае заболевания следует подать экстренное сообще-ниeв региональное отделение СЭС.

При подозрении на генерализованную менингококковую ин-фекцию больной немедленно госпитализируется в специализиро-ванные боксы инфекционных больниц. Помещение в один бокс больных с разными формами инфекции не допускается.

Выздоровевшим пациентам разрешается посещать детские уч-реждения, школы, вливаться в армейские коллективы после отри-цательного результата бактериологического исследования слизи из носоглотки, проведенного через 5 дней после выписки из стацио-нара.

В детских коллективах устанавливается карантин сроком на 10 дней с момента регистрации последнего случая заболевания, на этот срок исключается прием новых и временно отсутствующих членов коллектива. Всем лицам, общавшимся с больным про-водится ежедневный осмотр зева и кожных покровов, а также измерение температуры 2 раза в сутки на протяжении 10 дней. Выявленных носителей с профилактической целью лечат антиби-отиками. Иногда в период роста заболеваемости менингококковым менингитом может использоваться вакцина.

## 5.

**Манипуляция взятия мазка из носоглотки на менингококк**

Цель:

- собрать материал для бактериологического исследования.

Оснащение:

- резиновые перчатки, маска;

- стерильные пробирки с сухим ватным изогнутым тампоном (если тампон не изогнут, извлеките его на 2/3 длины и слегка изогните о внутреннюю стенку пробирки под углом 1350 на расстоянии 3-4 см от нижнего конца и вновь поместите его в стерильную пробирку);

- штатив для пробирок;

- стерильный шпатель в лотке;

- бланк-направление в лабораторию.

Обязательное условие:

- забор материала из носоглотки проводить натощак до орошения или полоскания горла.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Этапы** | **Обоснование** |  |
| **Подготовка к процедуре** | |
| Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. | Обеспечение права на информацию, участие в процедуре. |
| Подготовить необходимое оснащение.  Выписать направление в бак лабораторию. | Обеспечение четкости выполнения процедуры. |
| Вымыть осушить руки, надеть перчатки, маску. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Поставить на инструментальный столик необходимое оснащение (расположив по правую руку). | Создание удобства для выполнения процедуры. |
| Усадить ребенка лицом к источнику света и при необходимости зафиксировать его с помощью помощника:  - ноги ребенка помощник охватывает своими коленями; | Создание удобства для выполнения процедуры. |
| - руки и туловище фиксирует одной рукой;  - голову держит, положив ладонь другой руки на лоб ребенку. | Необходимое условие для выполнения процедуры. |  |
| **Выполнение процедуры** | |
| Попросить ребенка широко открыть рот и шпателем нажать на корень языка.  *Примечание*: ребенку младшего возраста открыть рот с помощью шпателя, взяв его как писчее перо левой рукой, ввести в ротовую полость до зубов, повернуть ребром и провести по боковой поверхности десен до места окончания зубов, после чего перевернуть его плашмя, поместить на корень языка и резко нажать на него. | Обеспечение доступа для проведения процедуры. |
| Извлечь ватный тампон из пробирки, взяв его правой рукой за пробирку в которую он вмонтирован. | Выполнение процедуры. |
| Осторожно не касаясь языка, зубов, слизистой оболочки полости рта, ввести тампон изогнутым концом вверх, за язычок в носоглотку. Двумя- тремя легкими движениями собрать слизь с носоглотки.  Извлечь тампон из ротовой полости и поместить в пробирку, не касаясь ее краев. | Место максимальной локализации менингококка – носоглотка. |
| **Завершение процедуры** | |
| Вымыть и обработать антисептиком руки в перчатках. Снять перчатки, маску. Вымыть и осушить руки. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| Немедленно отправить материал в бактериологическую лабораторию в сопровождении направления при температуре 37-380 | Обеспечение достоверности исследований.  Менингококк неустойчив во внешней среде. |

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 9:**

**1.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признаки** | **Гнойный менингит** | | **Серозный менингит** |
| Возраст | Преимущественно до 3 лет | | В любом возрасте |
| Начало заболевания | Острое | | Острое |
| Лихорадка | 38-39 °С и выше | | 38-39 °С |
| Интоксикация | Резко выражена | | Умеренно выражена |
| Головная боль | В лобно-височной области | | Диффузная, распирающего характера |
| Рвота | Повторная | | Многократная |
| Ведущий синдром | Интоксикация | | Гипертензионный |
| Менингеальный синдром | Резко выражен | | Умеренно выражен |
| Поражение цнс | Возможно нарушение сознания (вплоть до комы), судороги, парезы (параличи) | | Возможны гиперрефлексия, пирамидные знаки, поражение черепных нервов, атаксия |
|  | **Исследование ликвора** | | |
| Давление | Повышенное | Резко повышенное | |
| Цвет | Беловатый, зеленоватый | Не изменен | |
| Прозрачность | Мутный | Прозрачный | |
| Цитоз | Нейтрофильныйплеоцитоз | Лимфоцитарныйплеоцитоз | |
| Белок | Повышено | Нормальное или незначительно повышено | |
| Сахар | Снижен | Резко снижен | |
| Фибриновая пленка | Часто грубая | Туберкулезный менингит: при стоянии в течение 24 часов – нежная «паутинная» пленка | |
| Анализ ликвора на посев флоры | Менингококк, пневмококк, гемофильная палочка, синегнойная палочка, стептококк, стафилококк. | Туберкулезный менингит:  обнаруживаются микобактерии туберкулеза.  Сифилитический менингит:  положительная реакция Вассермана. | |

**2.**Нарушенные потребности: быть здоровым, в безопасности, учиться, работать, общаться.

**3.**Противоэпидемические мероприятия при сифилисе включают:

Обязательный учет больных и назначение лечения в течение первых суток с момента установления диагноза; обследование всех лиц, находившихся в половом и бытовом контакте с больным; контрольное наблюдение за пациентами после окончания лечения; при снятии с учета больные всеми формами сифилиса подлежат рентгенологическому и полному клиническому обследованию с постановкой серологического контроля; взрослые и дети после полового или бытового контакта с больными сифилисом подлежат превентивному лечению и последующему однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения.

**4.** ПораженыIII, IV, VI пары– n. oculomotorius, n. trochlearis, n. abducens- глазодвигательные нервы. При исследовании обращают внимание на глазные щели, их ширину и равномерность, глазная щель может быть закрыта, сужена при опущении верхнего века (полный или частичный птоз), при спазме круговой мышцы глаза, при энофтальме. Необходимо исследовать форму, величину зрачков, их реакцию на свет, конвергенцию.

Реакция зрачков на свет:

Прямая реакция на свет – закрывают ладонями оба глаза, что приводит к расширению зрачков, затем быстро отводят одну руку и наблюдают сужение зрачка. Для исследования содружественной реакции зрачков один глаз затемняют ладонью, при этом возникает содружественное расширение другого зрачка. Затем быстро отнимают ладонь – возникает содружественное сужение обоих зрачков. При исследовании реакций зрачков на конвергенцию больному предлагают смотреть на приближающийся к его носу молоточек. При рассмотрении близких предметов возникает сведение глазных яблок (конвергенция) и одновременное сужение зрачков (аккомодация).

При исследовании подвижности глазных яблок пациенту предлагают следить глазами за движущимся в разных направлениях молоточком. В случае слабости какой-либо мышцы подвижность глазного яблока оказывается ограниченной (определяется косоглазие – сходящееся, расходящееся).

**5.**Аргайла−Робертсона синдром (изолированная рефлекторная неподвижность зрачков) − отсутствие реакции зрачков на свет при сохраненной реакции на конвергенцию и аккомодацию. Наиболее характерен для позднего сифилиса. Часто сочетается с миозом, анизокорией, деформацией зрачка и отсутствием или снижением реакции зрачка на болевые и психические раздражения.

**Эталон ответа на ситуационную задачу № 10:**

**1**.Менингококковый менингит.

**2**.Анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к антибиотикам, ПЦР

**3.**Показатели ликвора свидетельствуют о гнойном менингите.

**4.**Противоэпидемические мероприятия в очаге генерализованной формы менингококковой инфекции в межэпидемический период

СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции»

1. Межэпидемический период характеризуется спорадической заболеваемостью генерализованными формами, вызываемыми различными серогруппами менингококка. Подавляющее количество очагов (до 100%) ограничивается одним случаем заболевания.

2. После получения экстренного извещения на случай генерализованной формы инфекции или подозрения на это заболевание специалисты территориальных органов Роспотребнадзора в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование с определением границ очага и круга лиц, общавшихся с больным, и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

3. Противоэпидемические мероприятия в очагах направлены на ликвидацию возможных вторичных заболеваний и исключение распространения инфекции за пределы очага. Они ограничиваются кругом лиц из непосредственного окружения больного генерализованной формой. К ним относятся родственники, проживающие в одной квартире с заболевшим, близкие друзья (общение с которыми постоянно), воспитанники и персонал группы детской организации, соседи по квартире и комнате общежития.

Перечень круга близкоконтактных лиц может быть расширен эпидемиологом в зависимости от конкретной ситуации в очаге.

4. В очаге после госпитализации больного генерализованной формой или подозрения на нее накладывается **карантин сроком на 10 дней.** В течение первых 24 часов врач-отоларинголог проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления больных острым назофарингитом. Выявленные больные острым назофарингитом подлежат бактериологическому обследованию до назначения им соответствующего лечения. После проведения бактериологического обследования лиц с явлениями острого назофарингита госпитализируют в стационар (по клиническим показаниям) либо оставляют на дому для соответствующего лечения при отсутствии в ближайшем окружении детей в возрасте до 3-х лет. Всем лицам без воспалительных изменений в носоглотке проводится химиопрофилактика одним из антибиотиков (Rifampicin - Взрослым - 600 мг через каждые 12 часов в течение 2-х дней; детям от 12 мес. - 10 мг/кг веса через 12 часов в течение 2-х дней; детям до года - 5 мг/кг через 12 час. в течение 2-х дней. Ciprofloxacin - (лицам старше 18 лет) 500 мг 1 дозу. Ampicillin - взрослым по 0,5 4 раза в день 4 дня. Детям по той же схеме в возрастной дозировке.

Лечение назофарингита проводится теми же препаратами (в соответствии с инструкциями по их применению), с учетом противопоказаний. Отказ от химиопрофилактики оформляется записью в медицинской документации и подписывается ответственным лицом и медицинским работником.

5. На период карантина за очагом устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В детские дошкольные организации, дома ребенка, детские дома, школы, школы-интернаты, в детские оздоровительные организации не допускается прием новых и временно отсутствующих детей, перевод персонала из групп (класса, отделения) в другие группы.

6. Возникновение в межэпидемический период очагов с вторичными заболеваниями генерализованными формами менингококковой инфекции в течение одного месяца является настораживающим признаком возможного подъема заболеваемости. В таких очагах, с установленной серогруппой менингококка, сформировавшей очаг, проводится экстренная вакцинация менингококковой вакциной, в составе которой присутствует антиген, соответствующий серогруппе, выявленной у больных.

Вакцинация проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины.

Вакцинации подлежат дети старше 1-2 лет, подростки и взрослые:

- в детской дошкольной образовательной организации, доме ребенка, детском доме, школе, школе-интернате, семье, квартире - все лица, общавшиеся с больным;

- студенты первого курса средних и высших учебных заведений, факультета, на котором возникло заболевание, а также студенты старшего курса высшего и среднего учебного заведения, общавшиеся с больным в группе и (или) комнате общежития;

- лица, общавшиеся с больным в общежитиях, при возникновении заболевания в коллективах, укомплектованных иностранными гражданами.

Наличие у вакцинируемого заболевания назофарингитом без температурной реакции не является противопоказанием для вакцинации.

7. В очаге генерализованной формы менингококковой инфекции после госпитализации больного или подозрительного на это заболевание заключительную дезинфекцию не проводят. В помещениях проводится ежедневная влажная уборка, частое проветривание, максимальное разуплотнение в спальных помещениях. 91

8. В период эпидемического подъема в очагах генерализованной формы менингококковой инфекции экстренная вакцинация проводится без установления серогруппы возбудителя, карантин не устанавливают, бактериологическое обследование не проводят.

**5**. **Техника проведения люмбальной пункции**:

1) Подготовить к пункции стерильную иглу с мандреном, две пробирки, одна из них должна быть стерильной и иметь пробку. 2) Больной укладывается на манипуляционном столе, на правый бок. 3) Врач, выполняющий пункцию, тщательно моет руки, надевает стерильные перчатки, обрабатывает их спиртом. 4) Медицинская сестра перед проведением пункции обрабатывает кожу над поясничным отделом позвоночника, начиная с места предполагаемой пункции и далее, в виде расходящихся кругов спиртом. Кроме того, обрабатывается кожа над гребнем подвздошной кости. 5) Помощник, фиксирующий больного, максимально сгибает его, чтобы увеличить пространство между остистыми отростками позвонков. 6) Врач определяет место введения пункционной иглы. Он нащупывает гребень подвздошной кости и от него опускает перпендикуляр до позвоночника, место пересечения соответствует промежутку между 3 и 4 поясничными позвонками. Пункцию можно производить в этом промежутке или подняться на один позвонок выше, на этих уровнях нет вещества мозга, поэтому пункция безопасна. 7) Перед пункцией можно провести анестезию места прокола лидокаином или прокаином: внутрикожно вводят 0,1 – 0,2 мл анестетика, формируя «лимонную корочку», затем вводят 0,2 – 0,5 мл анестетика в более глубокие слои кожи. Чаще же пункция производится без предварительной анестезии. 8) Иглу с мандреном срезом вверх вводят перпендикулярно коже в центр межпозвоночного промежутка, затем иглу продвигают медленно, чуть отклоняя острие иглы, на 10 – 150 , к головному концу. При продвижении иглы врач ощущает три провала: после прокола кожи, межпозвоночной связки и твердой мозговой оболочки. 9) После третьего провала извлекают мандрен и смотрят: не выделяется ли ликвор из пункционной иглы. Если жидкости нет, то иглу продвигают до появления спинномозговой жидкости, при этом периодически (через каждые 2 – 3 мм) извлекают мандрен. Необходимо соблюдать осторожность, чтобы не провести иглу слишком далеко и не проколоть переднее венозное сплетение позвоночного канала – это самое частое осложнение люмбальной пункции. 10) Когда игла достигла спинномозгового канала, необходимо измерить давление спинномозговой жидкости: из иглы извлекается 252 мандрен, прикрепляют к игле запорное устройство и манометр, по высоте столба спинномозговой жидкости в манометре судят о давлении. При отсутствии манометра давление спинномозговой жидкости оценивается приблизительно по скорости истечения ликвора из иглы. У здорового человека ликвор вытекает редкими каплями – 40-60 капель в минуту. 11) После отключения манометра производится забор спинномозговой жидкости в две пробирки : а) в стерильную пробирку набирают 2 мл. для бактериоскопического, бактериологического исследования и реакции латексной агглютинации (РЛА); б) во вторую пробирку – для определения клеточного состава, концентрации белка, глюкозы (1мл.) Необходимо исключить быстрое истечение ликвора, регулируя скорость его выведения мандреном. 12) После забора спинномозговой жидкости иглу вынимают, не вставляя полностью мандрен, так как возможно защемление спинномозговых корешков и последующий их отрыв при извлечении иглы, что обусловит появление болевого синдрома и двигательных нарушений. 13) На кожу в области пункционного отверстия кладется сухой стерильный ватный тампон, который фиксируется пластырем. 14) После пункции больного в горизонтальном положении транспортируют на кровать и на 2 часа укладывают на живот без подушки под головой. Детей первого года жизни кладут на спину, подложив под ягодицы и ноги подушку. Горизонтальное положение больного с несколько опущенным головным концом позволяет избежать осложнения спинномозговой пункции – дислокации мозга и его вклинения в большое затылочное отверстие. 15) В течение 3 – 4 часов после пункции (каждые 15 мин.) наблюдают за состоянием больного, чтобы своевременно распознать дислокацию мозга и оказать неотложную помощь, т.к. через пункционное отверстие в твердой мозговой оболочке еще 4 – 6 часов происходит истечение спинномозговой жидкости. 16) После проведения люмбальной пункции больной должен соблюдать строгий постельный режим: в течение 2 – 3 суток при получении нормальных показателей ликвора, и до 14 дней – при выявлении патологических изменений в спинномозговой жидкости. 17) Для профилактики вклинения мозга рекомендуется за 30 мин. до пункции внутримышечное введение лазикса.

**Рекомендуемая литература**

**Основная литература**

1.Бортникова, С. М. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: учеб.пособие / С. М. Бортникова, Т. В. Зубахина ; ред.

Б. В. Кабарухин. – 10-е изд., стер. – Ростов н/Д : Феникс, 2013. – 475 с.

**Дополнительная**

1.Запруднов, А.М. Педиатрия с детскими инфекциями : учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальностям 060101.52 «Лечеб. дело», 060102.51 «Акушер. дело» / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 560 с. : ил.

2.Качаровская, Е.В. Сестринское дело в педиатрии : практическое руководство / Е.В. Качаровская, О.К. Лютикова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 128 с.

3.Красильникова, Е.Г Неотложная доврачебная медицинская помощь: учеб.пособие / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. : ил.

4.Котов,С.В. Сестринское дело в неврологии : учебник / под ред. С.В. Котова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 248 с. : ил.

5.Митрофанова, Н.А. Сестринское дело во фтизиатрии : учебник для студентов учреждений сред.проф. образования, обучающихся по специальности «Сестринское дело во фтизиатрии» / Н.А. Митрофанова, Ю.В. 6.Пылаева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил.

7.Организация специализированного сестринского ухода: учеб. пособие для мед. училищ и колледжей[Электронный ресурс ] / Н. Ю. Корягина и др.; ред. З. Е. Сопина. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 464 с. – Режим доступа:http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4

8.Ослопов, В.Н. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие/Ослопов В.Н., Богоявленская О.В; 3-е изд., испр. и доп. 2013. - 464 с.: ил.

9.Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций : учебное пособие / Н.В. Широкова и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.

10.Сумин, С.А. Основы реаниматологии : учебник для студентов медицинских училищ и колледжей / С.А. Сумин, Т.В. Окунская. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 688 с.

**Электронные ресурсы**

1.ЭБС КрасГМУColibris;

2.ЭБС Консультант студента;

3.ЭБС ibooks;

4.ЭНБ elibrary.