

Общий уход как дисциплина

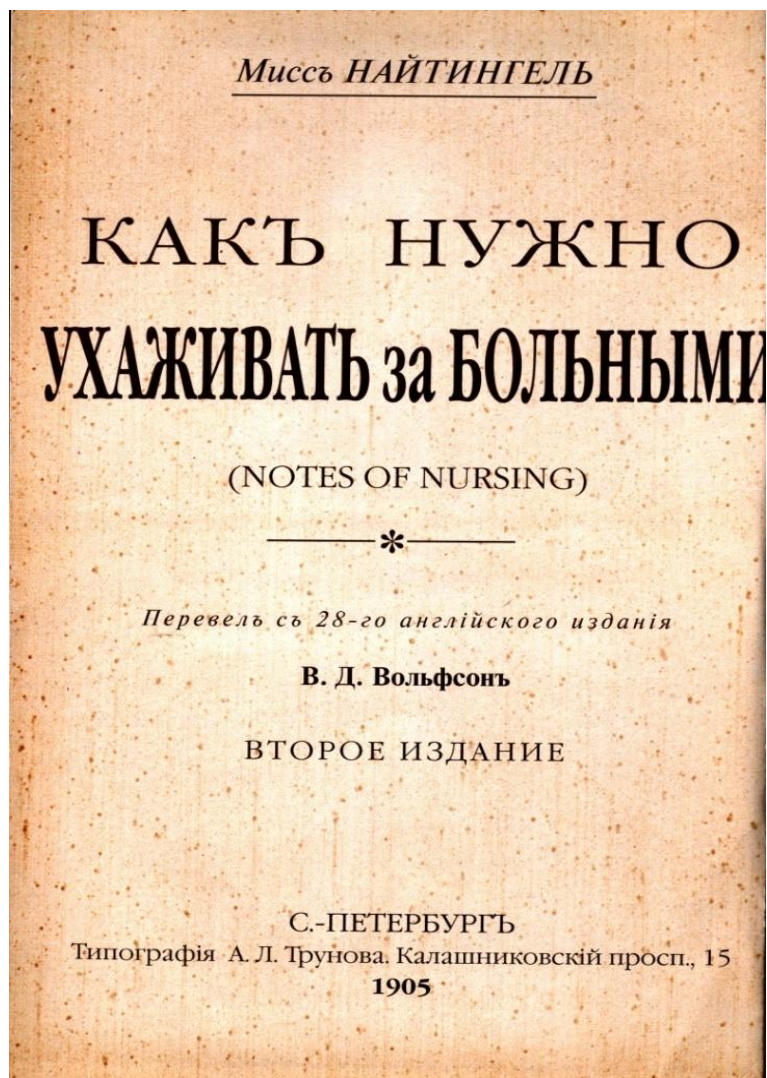


Уход за больными – это система лечебных, профилактических и санитарно – гигиенических мероприятий по облегчению состояния больного, правильному своевременному выполнению лечебных назначений, подготовке и проведению ряда диагностических процедур, грамотному наблюдению за больным и мониторингу его состояния, оказанию первой доврачебной помощи и оформлению соответствующей медицинской документации.

Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale) -

12.05.1820-13.08.1910 гг.





**«За истинное милосердие и заботу
о людях, вызывающие восхищение
всего человечества»**



- ❖ **Общий уход** – осуществление общих мероприятий по уходу независимо от характера заболевания (общий осмотр, измерение температуры тела, смена белья и пр.)
- ❖ **Специальный уход** – осуществление специфических мероприятий по уходу в зависимости от диагноза заболевания

**Здравоохранение – совокупность
государственных и общественных
мер социально – экономического
медицинского характера,
проводимых с целью организации
медицинской помощи,
сохранения и повышения уровня
здоровья каждого отдельного
человека и населения в целом.**



**Здоровье, по определению ВОЗ
(Всемирной организации
здравоохранения)- состояние
полного физического,
душевного и социального
благополучия, а не только
отсутствие болезней.**

Виды медицинской помощи

- ❖ **Первая медицинская помощь:** самопомощь, взаимопомощь, помощь парамедиков – милиционера (полицейского), пожарного, стюардессы и др.
- ❖ **Доврачебная (фельдшерская) помощь:** оказывается средним медицинским персоналом.
- ❖ **Первая врачебная помощь** – простейшие врачебные лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические мероприятия.
- ❖ **Квалифицированная медицинская помощь**
- ❖ **Специализированная медицинская помощь**



Первая помощь — это комплекс срочных мероприятий, которые должны быть предприняты на месте возникновения острого заболевания или травмы до прибытия медицинского работника.

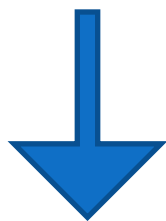
Структура учреждений здравоохранения

- ❖ **Лечебно – профилактическое направление**
- ❖ **Санитарно – профилактическое направление**
- ❖ **Судебно – медицинское направление**
- ❖ **Фармацевтической и медицинской техники**

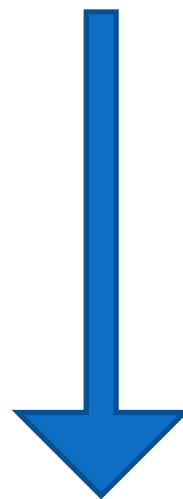
Виды лечебно – профилактических учреждений в России

- ❖ **амбулаторно - поликлинические**
- ❖ **стационарные учреждения**
- ❖ **диспансерные учреждения**
- ❖ **учреждения охраны материнства и детства**
- ❖ **учреждения скорой и неотложной медицинской помощи**
- ❖ **санаторно – курортные учреждения**

Медицинская помощь



амбулаторная



стационарная

Биомедицинская этика

Медицинская этика (лат. *ethica*, от греч. *ethice* – изучение нравственности, морали)

– совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей.

ДЕОНТОЛОГИЯ

греч. *deon* – долг

-направление биомедицинской этики, которое изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трём основным направлениям:

- ❖ медицинский работник – пациент,
- ❖ медицинский работник – родственники пациента,
- ❖ медицинский работник – медицинский работник



**PRIMUM NON
NOCERE**

**(лат.) - ПРЕЖДЕ ВСЕГО
НЕ НАВРЕДИ**

Ятрогения

греч. *-iatros* – врач,

-genes – порождаемый, возникающий

ятрогенные заболевания- это
любые заболевания, возникновение
которых связано с теми или иными
действиями медицинских
работников

Виды ятрогений

- ❖ **психогенные ятрогении (ятропсихогении)**
- ❖ **ятрофармакогении:** следствие медикаментозного воздействия на больного,
- ❖ **манипуляционные ятрогении:** неблагоприятное воздействие на больного в процессе его обследования
- ❖ **комбинированные ятрогении:** следствие воздействия нескольких факторов;
- ❖ **немые ятрогении** – следствие бездействия медицинского работника

За неоказание помощи (в том числе и первой) предусмотрено уголовное наказание:

- ◆ **статья 124 «Неоказание помощи больному»**
- ◆ **статья 125 «Оставление в опасности»**

Уголовного кодекса Российской Федерации

Классификация профессиональных правонарушений медицинских работников

- ◆ Убийство (ст. 105);
- ◆ Причинение смерти по неосторожности (ст. 109);
- ◆ Умышленное или по неосторожности причинение вреда здоровью (ст. 111, 112, 115, 118);
- ◆ Заражение венерической болезнью (ст. 121);
- ◆ Заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122);
- ◆ Незаконное производство аборта (ст. 123);
- ◆ Неоказание помощи больному (ст. 124);
- ◆ Оставление в опасности (ст. 125).

Лечебно – охранительный режим

- ❖ Обеспечение режима щажения психики больного
- ❖ Строгое соблюдение правил внутреннего распорядка дня
- ❖ Обеспечение режима физической (двигательной активности)

Режимы двигательной активности (определяется врачом)

I-ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

- ◆ Строгий постельный режим
- ◆ Постельный режим
- ◆ Полупостельный режим

II-ПАЛАТНЫЙ РЕЖИМ – больному разрешаются передвижение по палате и мероприятия личной гигиены в пределах палаты. Половину дневного времени пациент может проводить в положении сидя.

III-ОБЩИЙ («СВОБОДНЫЙ») РЕЖИМ – больному разрешено ходить по отделению и в пределах больницы (коридор, лестница, больничная территория).

ОБЩИЙ ОСМОТР

«Если после осмотра врача
больному не становится легче, это
не врач» (В.М. Бехтерев)

Показатели оценки состояния больного

1. **Состояние больного** →→режим двигательной активности
2. **Положение больного** (оценка двигательной активности)
3. **Сознание больного**(оценка)
4. **Антропометрические данные**(рост, вес, объем грудной клетки ,телосложение)
5. **Внешний вид, осмотр лица, питание**
6. **Кожные покровы**(цвет, степень гидратации)
7. **Витальные функции** (основные физиологические показатели)

Состояние больного

- ❖ Удовлетворительное
- ❖ Средней степени тяжести
- ❖ Тяжелое
- ❖ Крайне тяжелое

показатели	Удов.	Ср. тяж.	Тяж.	Кр. Тяж.
сознание				
положение				
температура				
Кожа и п\к клетчатка				
ЧДД				
ССС				
Функции жизненно важных органов				
Характер заболевания				
Др. симптомы				
Мед. тактика				

Положение пациента в постели

- ❖ активное – пациент произвольно меняет положение в постели
- ❖ пассивное – пациент неподвижен, не может самостоятельно изменить положение из-за резкой слабости
- ❖ вынужденное – пациент принимает позу, облегчающую его состояние

```
graph TD; A[СОЗНАНИЕ] --> B[есть]; A --> C[Нет (кома)]; B --> D[ясное]; B --> E[Нарушенное (измененное)]; C --> E;
```

СОЗНАНИЕ

есть

**Нет
(кома)**

ясное

**Нарушенное
(измененное)**

Показатели для определения нарушения сознания

Ориентация

❖ Во времени

❖ В пространстве

❖ В собственной личности

Нарушенное (измененное) сознание

1. Оглушение –

легкое нарушение сознания

2. Ступор – лат. stupor – оцепенение

умеренное нарушение сознания

3. Сопор – лат. sopor – беспамятство

глубокое нарушение сознания

Кома (греч. *кота* –глубокий сон)

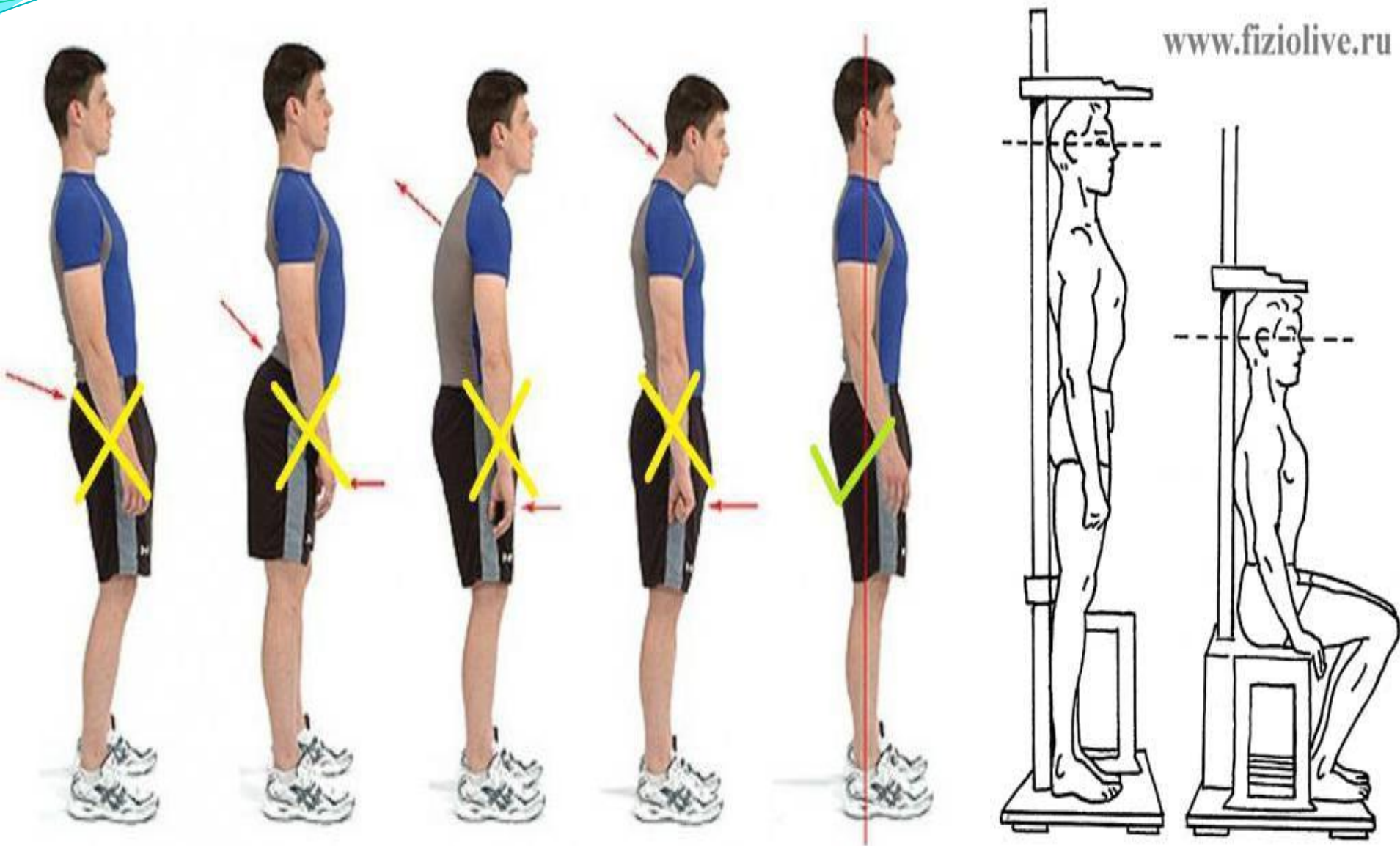
Полная потеря сознания, утрата реакции на внешние раздражители, непроизвольное отхождение мочи и кала

Антропометрия

(греч. *antropos* – человек, *metreo* – измерять) – оценка телосложения человека путём измерения ряда параметров:

- ◆ **рост**
- ◆ **масса тела**
- ◆ **окружность грудной клетки**





Индекс массы тела

ИМТ (индекс Кетле)

= масса тела (кг) / рост (м) x рост (м).

- В норме ИМТ от 18,5 до 25 кг/м²
- Избыточный вес - ИМТ от 25 кг/м² до 29,9 кг/м²
- I степень ожирения - ИМТ от 30 кг/м² до 34,9 кг/м²
- II степень ожирения - ИМТ от 35 кг/м² до 39,9 кг/м²
- III степень ожирения - ИМТ 40 кг/м²

Грудная клетка

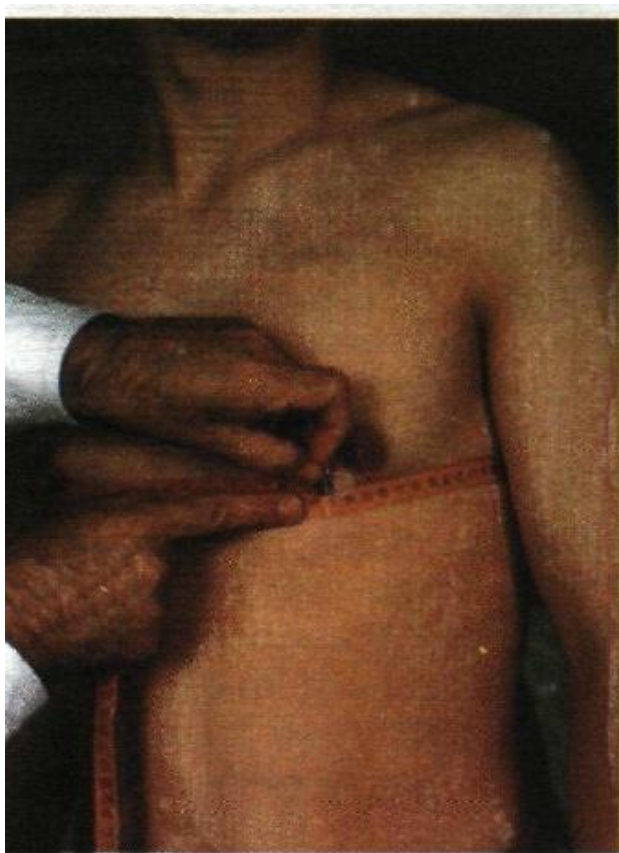


Рис.2.48. Определение окружности и дыхательной экскурсии грудной клетки.



Конституция -

**(лат. constitutio - установление,
организация)**

**совокупность морфологических и
функциональных особенностей
человека, возникшую на основе
наследственных и приобретенных
свойств и определяющую
реактивность организма.**

Тип телосложения

- ❖ астенический (надчревный угол < 90)
Склонны к язвенной болезни,
туберкулезу легких
- ❖ гиперстенический (угол > 90)
Склонны к ожирению, подагре,
атеросклерозу, ИБС, гипертензии
- ❖ нормостенический ($= 90$)

ИЗМЕРЕНИЕ МАССЫ И РОСТА СВОЕГО ОРГАНИЗМА (РАСЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОПТИМАЛЬНОГО РОСТА И ВЕСА)



Астенический тип

Продольные размеры тела преобладают над поперечными, конечности длинные, тонкая кость, длинная тонкая шея, мышцы развиты относительно слабо



Нормостенический тип

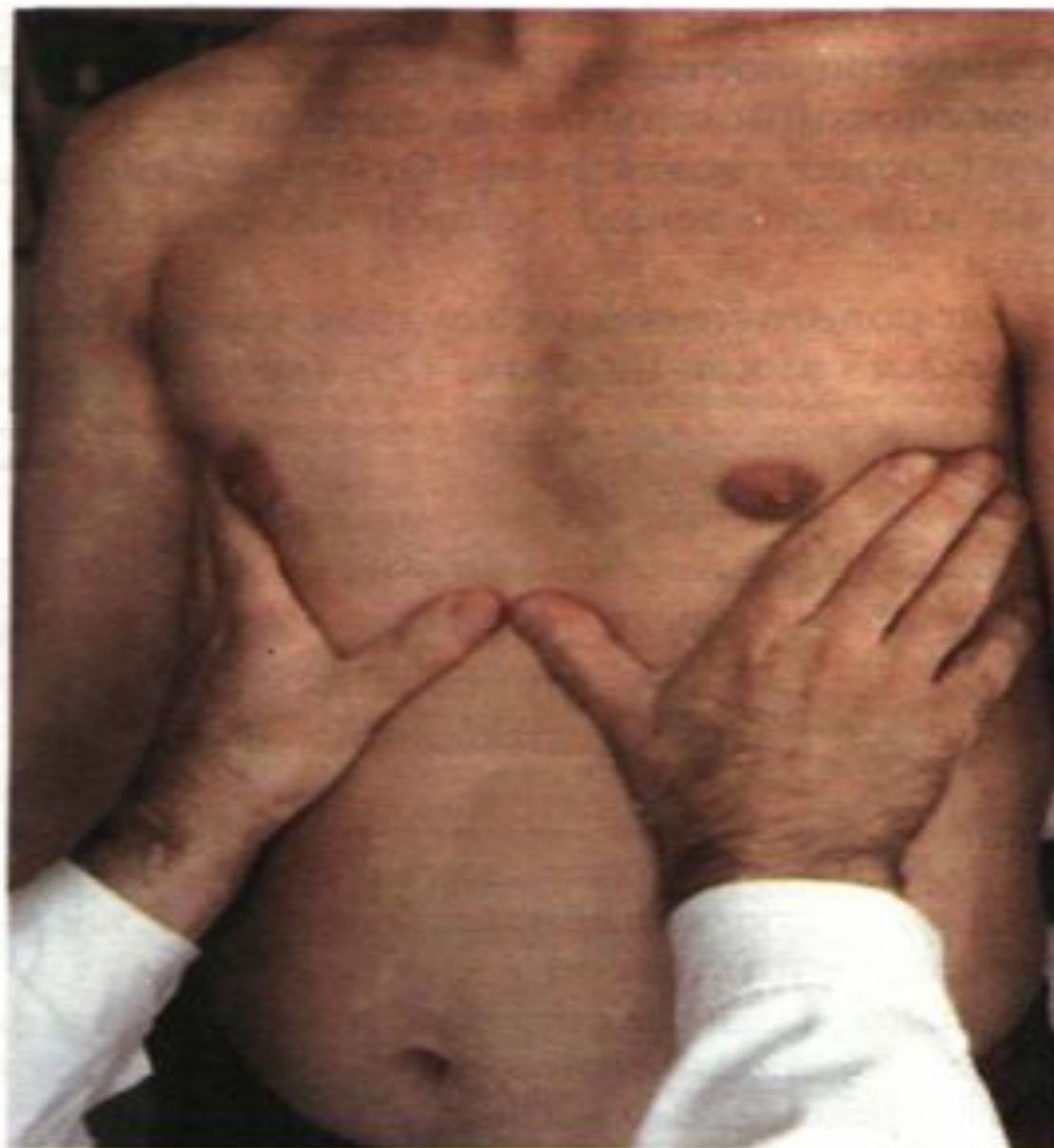
Телосложение отличается пропорциональностью основных размеров и правильным их соотношением



Гиперстенический тип

Поперечные размеры тела значительно больше, чем у нормостеников и особенно астеников. Их кости толсты и тяжелы, плечи, грудная клетка и бедра широкие, а ноги короткие





Цвет кожных покровов

- **Бледность** — при **анемиях**, болезнях почек, микседема (+морщины), сосудистая недостаточность, сниженное содержание меланина (альбинизм, витилиго), пороки сердца, нарастающие отеки.
- **Коричневый(Бронзовый)** — болезнь Аддисона, беременность, загар.
- **Гиперемия(Красный)** —алкоголизм, гипертония,, диабет, митральный стеноз, крупозная пневмония, термическое воздействие, лихорадки; местные воспаления, физическое напряжение, климактерический криз. Отравление угарным газом,
- **Желтый (иктеричность)** — повышенное содержание билирубина
- **Синий (цианоз)** ——— сердечная и легочная недостаточность, пороки сердца,

Местный цианоз — при нарушении венозного оттока. При тромбозе верхней полый вены синеет верхняя половина тела, лицо и руки. При тромбозе нижней полый вены — нижняя половина тела.

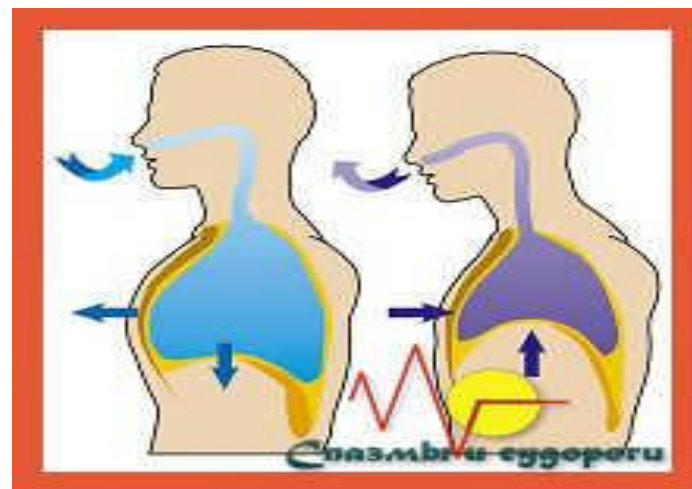
Акроцианоз

Частота дыхания

Норма от 16 -20 в минуту

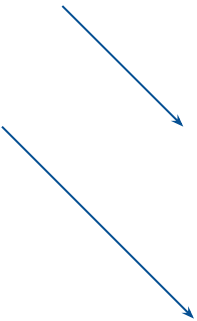
Типы дыхания

- ❖ Грудной
- ❖ Брюшной
- ❖ Смешанный



Одышка(диспноэ)-

- нарушение дыхание(частоты, ритма и глубины)



Тахипноэ(свыше 20 в мин)

Брадипноэ(менее 16 в мин)

Виды одышки

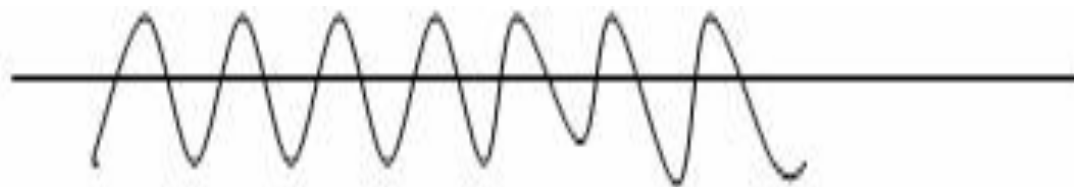
- **Инспираторная**- затруднение дыхания на вдохе
- **Экспираторная**- затруднение дыхания на выдохе
- **Смешанная**

Дыхание Чейна-Стокса - дыхание, при котором после дыхательной паузы появляется сначала поверхностное редкое дыхание, которое постепенно нарастает по глубине и частоте, становится очень шумным, затем постепенно убывает и заканчивается паузой, во время которой больной может быть дезориентирован или терять сознание.

Дыхание Биота - ритмичные периоды глубоких дыхательных движений чередуются примерно через равные промежутки времени с продолжительными дыхательными паузами.

Дыхание Куссмауля - глубокое редкое дыхание с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом; его наблюдают при глубокой коме.

Ритм дыхания норма



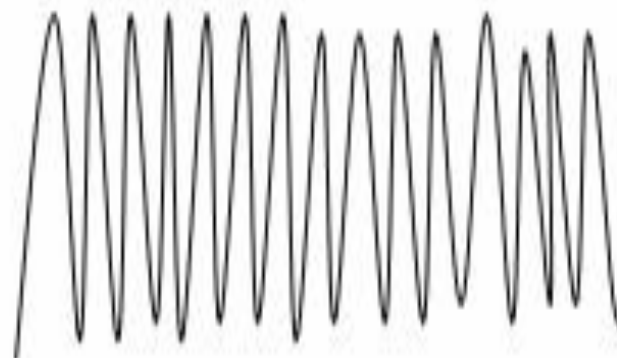
Дыхание Биота



Дыхание Чейн-Стокса



Большое токсическое Куссмауля



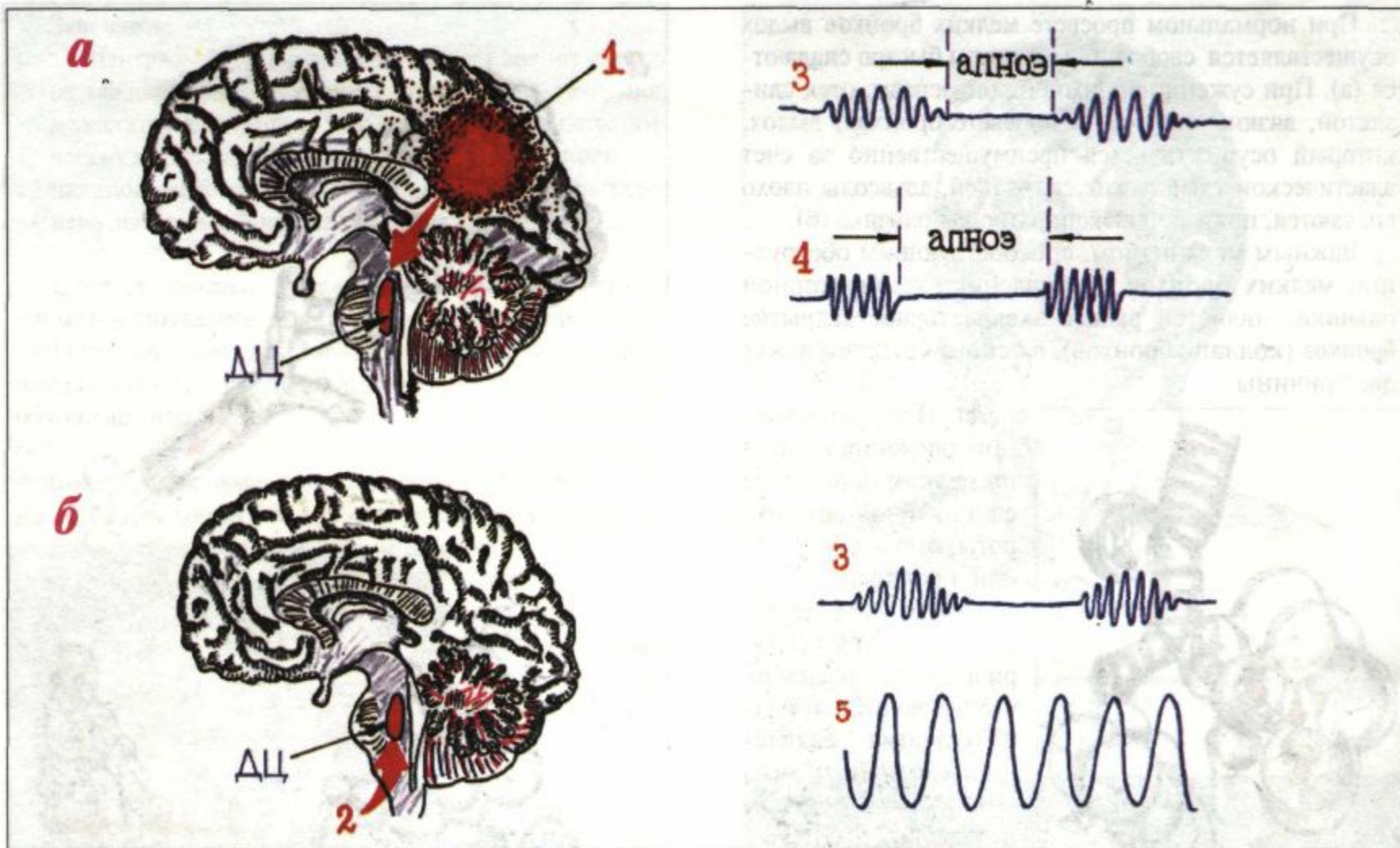


Рис.2.32. Нарушения ритма и глубины дыхания: а - при патологических процессах в головном мозге (1); б - при токсических влияниях (2) на дыхательный центр (ДЦ); 3 - дыхание Чейна-Стокса; 4 - дыхание Биота; 5 - дыхание Куссмауля.

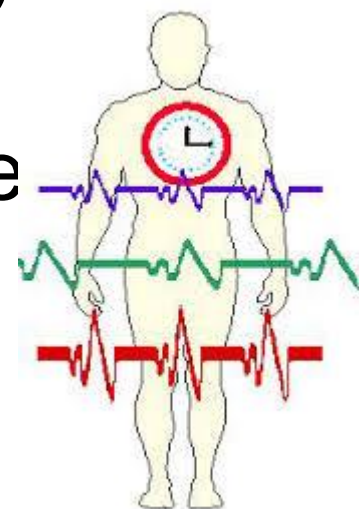
7 характеристик пульса

- ◆ **Частота пульса**
- ◆ **Симметричность**
- ◆ **Ритмичность**
- ◆ **Напряжение** (оно определяется той силой, которую нужно приложить для полного пережатия артерии)
- ◆ **Наполнение** (объёмом крови, находящимся в артерии)
- ◆ **Величина(высота)**-суммарная оценка напряжения и наполнения пульса
- ◆ **Форма(скорость)**) она определяется скоростью изменения объёма артерии

Пульс более 80 ударов в минуту называется частым

— **тахисфигмия**, как отражение тахикардии, пульс менее 60 — редким, **брадисфигмия**, как отражение брадикардии.

В практике термины тахисфигмия и брадисфигмия не прижились, врачи при указанных отклонениях частоты пульса используют термины **тахикардия** и **брадикардия**.



Дефицит пульса



**ЧСС не
совпадает с
частотой
пульса**

Артериальное давление

***Систолическое -
110-139 мм.рт.ст.***

***Диастолическое -
70-89 мм.рт.ст.***

Норма - 110-139/70-89

Классификация АД

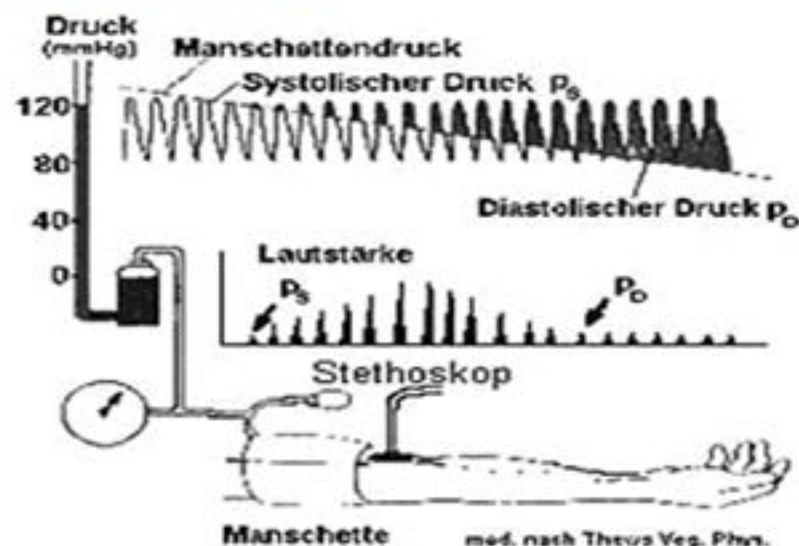
Категория	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120–129	80–84
Высокое нормальное	130–139	85–89
АГ 1-й степени (мягкая)	140–159	90–99
АГ 2-й степени (умеренная)	160–179	100–109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥ 180	≥ 110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	< 90

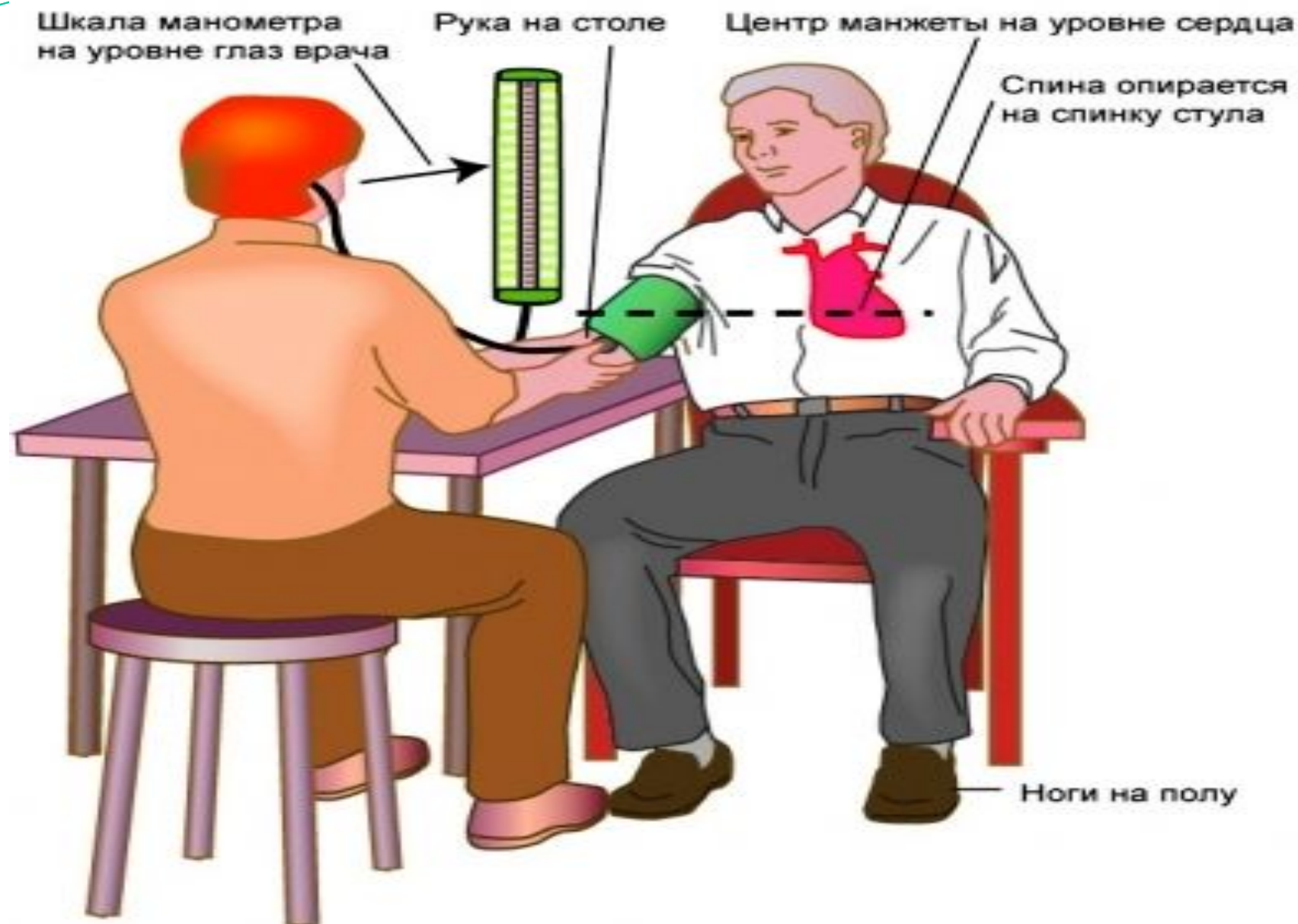
Примечание. Если САД и ДАД находятся в разных категориях, присваивается более высокая категория. ИСАГ – подразделяется на степени (АГ 1-й, 2-й, 3-й степени) по уровню САД согласно вышеуказанным категориям при ДАД < 90 мм рт.ст.

Н.С. Коротков- основоположник аускультативного измерения АД



- 1904 г. – закономерность изменения звука при декомпрессии плечевой артерии
- 8 ноября 1905 г. – доклад «К вопросу о методах исследования кровяного давления»
- 1906 г. – Публикация в Известиях Императорской Военно-медицинской академии
- 1939 г. – метод Короткова - стандарт измерения АД





**«Профессия медика – подвиг. Она требует
самоотвержения, чистоты души и чистоты
помыслов. Не всякий способен на это.»** А.П.
Чехов

