

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ЮРГАМЫШСКИЙ ФИЛИАЛ
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«КУРГАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Курсовая работа

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

Автор: Бобров Денис Андреевич

Научный руководитель: Симанова Нина Алексеевна

Введение

- Известно, что глаз является частью мозга, вынесенной на периферию. Это важнейшая составная часть так называемой оптико-вегетативной или фотоэнергетической системы, которая с первых минут жизни и до глубокой старости обеспечивает активное ее участие в гармоничной адаптации внутренних органов к внешним условиям. По состоянию глаз и зрительных функций больше, чем по состоянию какого-либо другого органа, можно судить об общем здоровье человека, его болезнях и их течение под влиянием лечения, о клиническом выздоровлении, а также прогнозировать болезни различных органов и систем.

Актуальность исследования:

Проблемы заболеваний глаза и его придаточного аппарата заключается в том, что 90-95% информации об окружающем мире человек получает через орган зрения. Любые патологические изменения фоторецепторного отдела зрительного анализатора, приводящие к слабовидению и необратимой слепоте, становятся тяжелой утратой.

- **Цель исследования:** изучение роли медицинской сестры в уходе и профилактике заболеваний придаточного аппарата глаза.

Задачи исследования:

- 1) Анализ литературы и интернет- ресурсов по данной теме.
- 2) Дать характеристику заболеваний придаточного аппарата глаза.
- 3) Изучить методы ухода и профилактики заболеваний придаточного аппарата глаза.
- 4) Провести анкетирование медицинских сестер ЮЦРБ и разработать рекомендации по уходу и профилактике заболеваний придаточного аппарата глаза.

- **Объект исследования:** деятельность медицинской сестры в уходе и профилактике при заболеваниях придаточного аппарата глаза.
- **Предмет исследования:** методы ухода и профилактики при заболеваниях придаточного аппарата глаза.
- **Гипотеза:** предполагаем, что профессиональный уход медицинской сестры к улучшит состояние пациентов, а проведение профилактических мероприятий снизят уровень заболеваний.

Методы исследования:

- 1. Анализ литературы.
- 2. Сравнение.
- 3. Анкетирование.
- 4. Обобщение

ГЛАВА 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

1.1 Строение придаточного аппарата глаза.

Строение роговицы, источники ее питания.

Представляет собой передний отдел наружной фиброзной оболочки. Прозрачна, отличается оптической гомогенностью. Поверхность – гладкая, зеркально-блестящая. Принимает участие в преломлении световых лучей. Горизонтальный диаметр – 11 мм, вертикальный – 10 мм. Толщина центральной части 0,4-0,6 мм, на периферии 0,8-1 мм.

Строение вспомогательного аппарата глаза



Роговица совершенно не содержит кровеносных сосудов, только поверхностные слои лимба снабжены краевым сосудистым сплетением и лимфатическими сосудами. Процессы обмена обеспечиваются за счет краевой петливой сосудистой сети, слезы и влаги передней камеры. Роговица очень богата нервами. Чувствительные нервы (источник тройничный нерв), присутствует симпатическая иннервация.

Строение хориоидеи, ее функции.

Составляет заднюю, самую обширную часть сосудистого тракта от зубчатого края до зрительного нерва. Плотна соединена со склерой только вокруг места выхода зрительного нерва. Толщина от 0,2 до 0,4 мм. Содержит пять слоев:

- супрахориоидальный (состоит из тонких соединительно-тканых пластинок, покрытых эндотелием и многоотростчатыми пигментными клетками)
- слой крупных сосудов (состоит из многочисленных анастомозирующих артерий и вен)
- слой средних и мелких сосудов
- хориокапиллярный слой
- стекловидная пластина (отделяет сосудистую оболочку от пигментного слоя сетчатки)

Изнутри к хориоидеи прилежит оптическая часть сетчатки.

Сосудистая система: задние короткие ресничные артерии.

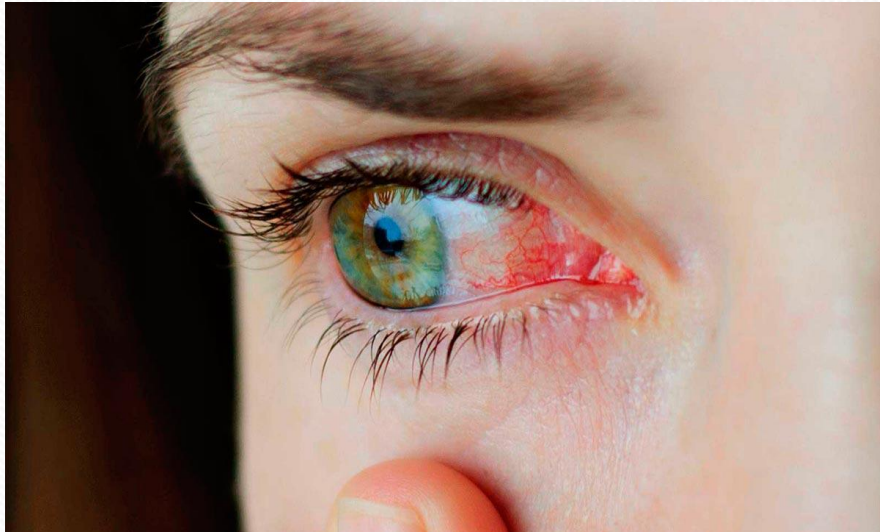
1.2 Причины, симптомы, диагностика, заболеваний придаточного аппарата глаза.

- Заболевания глаз и придаточных образований могут носить врождённый или приобретённый характер. Частыми причинными факторами являются:
 - врождённые аномалии развития;
 - наследственные детерминанты;
 - инфекции бактериальные, вирусные, грибковые;
 - аллергии;
 - аутоиммунные процессы;
 - нарушения обмена веществ;
 - сосудистые проблемы;
 - неврология;
 - дистрофии;
 - онкология.

● Скорее болезни развиваются, если имеются предрасполагающие состояния:

- перенапряжение зрительного аппарата;
- стрессы, физические перегрузки;
- возраст подростковый, старческий;
- нерациональный рацион питания с дефицитом витаминов, селена, цинка;
- экологические и производственные вредности, повышенная запылённость.

- **1. Ячмень** – это ограниченный гнойный процесс на веках, развивающийся при инфицировании волосяного фолликула ресницы или сальной железы. Ячмень на глазу проявляется болезненной локальной припухлостью и гиперемией края века с последующим формированием гнойника.
- **2. Блефарит** – воспаление ресничного края век, имеющее хроническое течение.
- **3. Конъюнктивит** – полиэтиологическое воспалительное поражение конъюнктивы – слизистой оболочки, покрывающей внутреннюю поверхность век и склеру.
- **4. Лагофтальм** – офтальмопатология, при которой нарушается процесс смыкания век.
- **5. Дакриоцистит** – воспалительный процесс в слезном мешке, развивающийся на фоне облитерации или стеноза носослезного канала.
- **6. Флегмона слезного мешка** – это острое разлитое гнойное воспаление слезного мешка с распространением инфекции на окружающую клетчатку.



1.3 Лечение, осложнения и профилактика заболеваний придаточного аппарата глаза.

- Лечение может быть консервативным и оперативным, включать медикаментозные и немедикаментозные воздействия.
- Из лекарственных препаратов назначают антибиотики, противовирусные, противогрибковые средства, миотики, мидриатики, увлажняющие, регенерирующие конъюнктиву вещества. Обязательной является терапия фонового заболевания.
- Немедикаментозное воздействие может быть представлено очковой или контактной коррекцией, лечебной гимнастикой, физиотерапией.
- По показаниям производятся хирургические вмешательства.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

2.1. Роль медицинской сестры в уходе за пациентом с заболеванием придаточного аппарата глаза.

Сестринский уход.

Выполнение врачебных назначений, комплексное обследование больного, обучение самостоятельному выполнению лечебных манипуляций: обработка краев век, закапывание капель, смазывание краев век, массаж век.

I этап – обследование пациента.

На данном этапе проводится сбор информации о пациенте, путем его осмотра и опроса больного и членов его семьи. Учитываются данные о физическом, духовном, эмоциональном, социальном, интеллектуальном здоровье. Информация также составляется на основе воздействия факторов влияющих на такие сферы жизни человека, как генетика, образ жизни, внешние факторы среды, здравоохранение. Собираются данные инструментальных и лабораторных методов исследований. В заключение этапа заполняется медицинская документация (лист сестринской оценки пациента, карта сестринского процесса, в амбулаторной карте записываются результаты определения функций органа зрения).

II этап – диагностирование.

Этап составления сестринского диагноза на основе профессионального суждения медсестры о проблеме нарушения здоровья пациента и его фундаментальных потребностях. Составляется план ухода с учетом приоритетности проблем.

Проблемы пациента: Дискомфорт в глазах, зуд в области краев век, покраснение краев век, выпадение ресниц.

III этап — планирование сестринских вмешательств.

Этап предусматривает ознакомление пациента с оценкой его состояния и необходимости ухода, учитывается его мнение по данному вопросу. Определяются цели ухода (краткосрочные и долгосрочные). Составляется прогноз возможностей и времени ожидаемых результатов.

Уход за пациентами с заболеваниями придаточного аппарата глаза включает создание эмоционально щадящей обстановки для больного, оказания помощи в самообслуживании, в проведении гигиенических процедур и выполнении ряда специфических назначений (закапывание капель, закладывание мази, наложение повязки на глаз и др.).

- Все манипуляции выполняются осторожно, без излишнего давления на глазное яблоко.

- Перевязочный материал и лекарственные вещества, применяемые в офтальмологии, должны быть стерильными.

- В случае необходимости хирургического лечения пациенту накануне операции :

- подстригают ресницы,

- непосредственно перед операцией необходимо удалить зубные протезы.

По окончании операции ему накладывают повязку на оба глаза (бинокулярную) или на один глаз (монокулярную) в зависимости от характера оперативного вмешательства.

IV этап — реализация запланированных сестринских вмешательств.

Вмешательства могут быть зависимыми от назначения врача, независимыми – медсестра руководствуется личными соображениями без назначений доктора и действует по собственному усмотрению, взаимозависимые проводятся при участии других медицинских работников.

Алгоритм инстилляций капель в конъюнктивальный мешок

Цель: лечебная;

Показания: определяет врач;

Оснащение: емкость с ватными шариками в 70% спирте; стерильные перчатки и маска; стерильный накрытый инструментарием и материалом (пинцет, марлевые салфетки и шарики); лекарственный препарат, стерильный лоток для отработанного материала; ёмкости с дезраствором: 3% р-р хлорамина; муляж;

Алгоритм действия медсестры.

1. Объяснить пациенту цель, ход предстоящей манипуляции, получить добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции;
2. Помочь пациенту занять удобное положение, сидя лицом к источнику света, слегка запрокинуть голову назад;
3. Осмотреть глаза, оценить состояние;
4. Обработать руки на гигиеническом уровне, надеть перчатки, обработать перчатки ватными шариками в 70% отработанные шарики сбросить в лоток для отработанного материала;
5. Проверить назначение врача, название лекарственного препарата, особенности его введения, дозировку, стерильности, качество упаковки, отсутствие примесей во флаконе;
6. Подогреть флакон с лекарственным препаратом на водяной бане -38*, вскрыть флакон и набрать препарат пипетку;
7. Оттянуть стерильным сухим марлевым шариком нижнее веко, предложить пациенту посмотреть вверх, выпустить 1-2 капли препарата в конъюнктивальный мешок ближе к переносице, попросить пациента закрыть глаза;
8. Положить пипетку и шарик в лоток для отработанного материала;
9. Закапать аналогичным способом другой глаз;
10. Помочь пациенту подняться, убедиться, что он чувствует себя комфортно проводить его;
11. Инфекционная безопасность:
 - замочить шарики в 3% р-р хлорамина - 120 мин.;
 - замочить лоток в 3% р-р хлорамина - 60 мин.;
 - замочить пипетки в 3% р-р хлорамина - 60 мин.;
 - снять перчатки, замочить в 3% р-р хлорамина - 60 мин.;
 - снять маску и замочить в 3% р-р хлорамина – 120 мин.;
12. Обработать руки на гигиеническом уровне.

Алгоритм закладывания глазных мазей

Цель: лечебная - введение ЛС в глаза.

Показания: конъюнктивит или др. заболевания глаз.

Оснащение:

Стерильно: лоток с ватными шариками, салфетками, пинцет, стеклянная палочка для введения мази, глазная мазь, перчатки.

Нестерильно: ёмкость для сброса отработанного материала, стул или кушетка.

Алгоритм выполнения:

1. Объяснить пациенту ход проведения манипуляции, получить от него согласие.
2. Усадить пациента на стул лицом к свету со слегка запрокинутой головой или уложить на спину без подушки.
3. Вымыть руки на гигиеническом уровне и надеть стерильные перчатки.
4. Осмотреть глаза пациента, при необходимости предварительно провести уход за глазами.
5. Выдавить на плоскую поверхность палочки 4-5 мм мази.
6. В левую руку взять ватный шарик, попросить пациента посмотреть вверх.
7. Оттянуть нижнее веко шариком, завести палочку с мазью в нижний свод, коснувшись конъюнктивы.
8. Попросить пациента зажмурить глаз.
9. Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода по направлению к наружному углу глаза.
10. Ватным шариком, нежными вращательными движениями по коже верхнего века распределить мазь по всему глазу.
11. Повторить всё для другого глаза.
12. Поместить отработанный перевязочный материал и пипетки в ёмкости с дез. раствором.
13. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
14. Вымыть руки, осушить

Алгоритм наложения бинокулярной повязки.

Показание: повреждения глаз.

Оснащение: бинт шириной 10 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.
3. Приложить бинт к лобной части головы. Бинтовать слева направо.
4. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
5. Опустить бинт от затылка под мочку уха, далее через щеку вверх, закрывая этим ходом левый глаз.
6. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
7. Вести бинт с затылочной на лобную область головы, правый глаз, под мочку уха, на затылок.
8. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
9. Зафиксировать повязку, разрезав конец бинта и завязав на узел на лобной части головы.

V этап — оценка результатов.

Этап определения эффективности сестринского вмешательства. Основными критериями эффективности являются результаты и итог достигнутых целей, реакции пациента на сестринский уход в офтальмологии.

- Таким образом, для качественного применения сестринского процесса в уходе за пациентами с заболеваниями придаточного аппарата глаза
- медицинская сестра должна знать алгоритм выполнения лечебно-диагностических манипуляций при заболеваниях придаточного аппарата глаз. Должна разбираться в этиологии, клинике, принципах лечения и предотвращения возникновения глазных болезней. В уходе за пациентами с заболеваниями придаточного аппарата глаза сестринский процесс обусловлен особенностями сестринского обследования пациента, что позволяет выявить и устранить проблемы пациента
- Медсестре необходимо уметь реализовывать сестринский процесс. Умело подготавливать пациента к лечебным и диагностическим процедурам. Важно обладать знаниями оказания первой медицинской помощи.

2.2. Роль медицинской сестры в профилактике за пациентом с заболеванием придаточного аппарата глаза.

- Регулярное употребление продуктов, богатых антиоксидантами, значительно снижает вероятность макулярной дегенерации и замедляет развитие катаракты. Витамин А защищает сетчатку и улучшает цветовое и ночное зрение. Источниками витамина А в питании могут быть морковь, темно-зеленые листовые овощи, шпинат, брокколи, яйца, масло сливочное, молоко, сыр.
- Простой рецепт для улучшения зрения: выпивайте каждый день по стакану свежевыжатого морковного сока, для лучшего усвоения витамина А можно добавить в него немного растительного масла. Или ешьте на завтрак морковный салат, заправленный сметаной или растительным маслом.
- Витамины группы В уменьшают красноту глаз и светочувствительность. Содержатся в хлебе, кашах, молоке, темно-зеленых овощах, бобах и горохе, бананах, печени. Жирные кислоты Омега-3 уменьшают риск развития синдрома сухого глаза и воспалительных заболеваний глаз.

ГЛАВА 3. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЕМ

3.1 Медикаментозное лечение бронхиальной астмы.

Однако эффект на популяционном уровне можно ожидать лишь спустя 10–15 лет после начала активных действий по выявлению и коррекции факторов риска.

Задачи:

1. Индивидуальное определение характера и степени выраженности.
2. Информирование пациентов о выявленных отклонениях и возможности осуществления их коррекции с применением современных профилактических, оздоровительных и лечебных технологий.
3. Направление пациентов по результатам доврачебного обследования на консультацию к специалистам.
4. Анкитирование.

3.1 Медикаментозное лечение

- **Общие принципы:**
- обработка век 0,02% раствором фурациллина, калия перманганата 1:10000, 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого.
- закапывание в конъюнктивальную полость одного из растворов антибиотиков (0,25% раствор хлорамфеникола по 1 капле 3 раза в день, 0,3% тобрамицин по 1 капле 3 раза в день, 0,3% раствор гентамицина по 1 капле 3 раза в день, ципрофлоксацина 0,3% раствор по 1 капле 3 раза в день, левофлоксацина 0,5% раствор по 1 капле 3 раза в день, офлоксацин по 1 капле 3 раза в день).
- обработка краев век мазями, содержащими кортикостероиды, антибиотики и их комбинацию (0,5%, 1% гидрокортизоновая глазная мазь, 1% эритромициновая глазная мазь, тетрациклиновая глазная мазь, тобрамицин глазная мазь, офлоксацин глазная мазь, дексаметазон+тобрамицин глазная мазь, дексаметазон+неомицин+полимиксин глазная мазь – смазывания края век и закладывания за нижнее века 2 раза в день).
- метронидазол по 0,25г 2 раза в день в течении 10 дней. [5, стр.6]

Антисептики:

- • Фурациллин 0,02% раствор
- • Калия перманганат водный раствор 1:5000
- • Бриллиантовый зеленый раствор спиртовой 1%

● Антибиотики:

- • Хлорамфеникола 0,25% раствор глазные капли
- • Гентамицин 0,3% раствор глазные капли
- • Тобрамицин 0,3% раствор глазные капли
- • Ципрофлоксацин 0,3% раствор глазные капли
- • Левофлоксацин 0,5% раствор глазные капли
- • Офлоксацин глазные капли

● Глазные мази

- Эритромициновая 1% глазная мазь
- • Тетрациклиновая 1% глазная мазь
- • Тобрамицин глазная мазь
- • Офлоксацин глазная мазь

● Кортикостероиды

- • Гидрокортизон 0,5 %, 1% глазная мазь.
- • Дексаметазон 0,1% глазные капли

Осложнения

- При своевременной и упорной терапии блефарита прогноз для сохранности зрения благоприятный. В ряде случаев заболевание приобретает затяжное, рецидивирующее течение, приводящее к возникновению:
- ячменей,
 - халязионов,
 - деформации краев век,
 - развитию трихиаза,
 - хронического блефароконъюнктивита и кератита,
 - ухудшению функции зрения,
 - в результате рубцевания наступают стойкие выпадения ресниц, неправильный их рост (трихиаз), выворот слезной точки или всего века.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЦЕЛЬЮ БЫЛО ИЗУЧИТЬ АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ. УГЛУБЛЁННО ИЗУЧИВ ТЕМУ «РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ГЛАЗА

», ПРОАНАЛИЗИРОВАВ ПОЛУЧЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ, МНОЙ СДЕЛАНО ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ЧТО ЦЕЛЬ РАБОТЫ ДОСТИГНУТА.



Спасибо за
внимание