

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

Основы реаниматологии

сборник методических указаний для обучающихся
к внеаудиторной (самостоятельной) работе
по специальности 34.02.01 – Сестринское дело

Красноярск
2016

УДК 616-036.882-08(07)
ББК 53.77
О 75

Основы реаниматологии : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. Т.Ю.И.Бодров, Т.Н. Лопатина ; Фармацевтический колледж. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2016. – 37 с.

Составители: Бодров Ю.И.;
Лопатина Т.Н.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС СПО (2014 г.) по специальности 34.02.01 – Сестринское дело, рабочей программой дисциплины (2015 г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению методического совета
Фармацевтического колледжа (протокол № 4 от 12.12. 2016г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-
Ясенецкого
Минздрава России, Фармацев-
тический колледж, 2016

Содержание

Пояснительная записка.....	4
1. Основные манипуляции, выполняемые медицинским персоналом ...	6
при уходе за больными находящимися в палате реанимации.....	19
2. Выполнение реанимационных мероприятий.....	28
3. Методические указания для написания реферата.....	33
4. Методические указания для подготовки доклада с использованием Internet-ресурсов.....	33
5. Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины.....	36

Пояснительная записка

Профессия медсестры важна, ответственна, разнообразна и очень трудна. Медсестре предъявляются чрезвычайно высокие профессиональные требования. Постоянное совершенствование, высокие нравственные качества, высочайшая ответственность за выполнение своих служебных обязанностей – все эти требования лежат в основе профессионального и личностного роста.

Исторический опыт отечественного медицинского образования показывает, что «раннее» приобщение студента к изучению и освоению на практике азов ухода за больным, выполнению им основных манипуляций крайне положительно сказывается на формировании будущей медсестры. Достаточное знание и твердое владение «сестринскими» манипуляциями закладывает основы уважения и понимания ценности труда медицинской сестры, четкого осознания важности полноценного сестринского коллектива в лечебной и профилактической работе медицинского подразделения любого уровня.

Самостоятельная работа студентов – наиболее важный путь освоения профессиональных компетенций, осуществляется в разных формах. В процессе самостоятельной работы формируется профессиональный логический тип мышления.

Внеаудиторная самостоятельная работа студентов МДК 03.01. Основы реаниматологии ПМ 03 «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях» рассчитана на 40 часов и включает:

- теоретическое изучение материала,
- решение тестовых заданий,
- решение ситуационных задач,
- подготовку рефератов,
- подготовка докладов с использованием Интернет-ресурсов.

В пособии представлены методические рекомендации по выполнению манипуляций, указания по подготовке рефератов и докладов.

Защита самостоятельной работы проходит на практическом занятии по соответствующей теме и учитывается в рейтинге студентов.

Сборник предназначен для формирования общих и профессиональных компетенций:

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

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности

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

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 2.5. Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Сборник соответствует требованиям Федерального Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело.

1. Основные манипуляции, выполняемые медицинским персоналом при уходе за больными находящимися в палате реанимации

1.1. Уход за дыхательными путями в условиях искусственной вентиляции легких

1. Подготовка к процедуре:

- оценить уровень сознания пациента, состояние респираторной системы, основные показатели жизнедеятельности;
- объяснить цель и ход процедуры пациенту (если он в сознании), получить согласие;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- выполнить процедуры, способствующие отделению мокроты (постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки);
- подготовить необходимое оборудование;
- отключить аварийную сигнализацию аппарата искусственной вентиляции легких;
- надеть защитную одежду (фартук, маску, очки).

2. Выполнение процедуры:

- провести обработку рук хирурга и надеть стерильные перчатки;
- открыть упаковку со стерильным аспирационным катетером; катетер по размеру не должен превышать больше чем наполовину внутреннего диаметра эндотрахеальной или трахеостомической трубки;
- смочить катетер в стерильном физиологическом растворе;
- присоединить стерильный катетер для отсасывания к соединяющей трубке электроотсоса;
- проверить уровень давления в отсосе, приложив большой палец левой руки к датчику на выходном отверстии катетера;
- провести оксигенацию 100% кислородом в течение 2-3 минут;
- обработать стерильным марлевым тампоном, смоченным 70⁰ спиртом, дополнительный порт Т-образной трубки, соединяющей эндотрахеальную трубку с аппаратом ИВЛ.

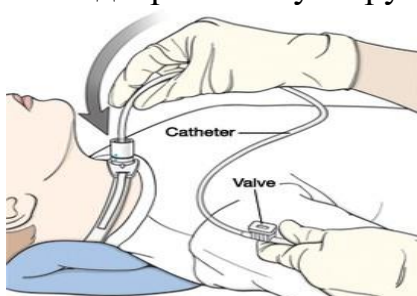


Рис. 1. Уход за трахеальной канюлей

3. Саниция трахеи и бронхов:

- не отсоединяя аппарат искусственной вентиляции легких от

пациента, ввести в порт Т-образной трубки санационный катетер или в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку до упора при выключенном электроотсосе. При санации правого бронха голову поворачивать налево, при санации левого бронха – направо;

- включить электроотсос и осторожными вращательными движениями извлечь катетер из дыхательных путей, проводя отсасывание;
- следить за жизненными функциями. При снижении сатурации кислорода ниже 94-90%, появлении брадикардии, нарушении ритма и других осложнений немедленно прекратить процедуру, провести вентиляцию 100% кислородом, сообщить врачу;
- опустить катетер в стерильный физиологический раствор и провести отсасывание для удаления сгустков и мокроты из катетера. Аспирацию повторять неоднократно до восстановления свободной проходимости дыхательных путей. Не проводить отсасывание более 10 - 15 с. В интервалах между аспирацией проводить искусственную вентиляцию легких аппаратом;
- сбросить санационный катетер, заполненный дезсредством, в ёмкость для дезинфекции;
- снять перчатки и сбросить в ёмкость с маркировкой «Отходы класс Б».

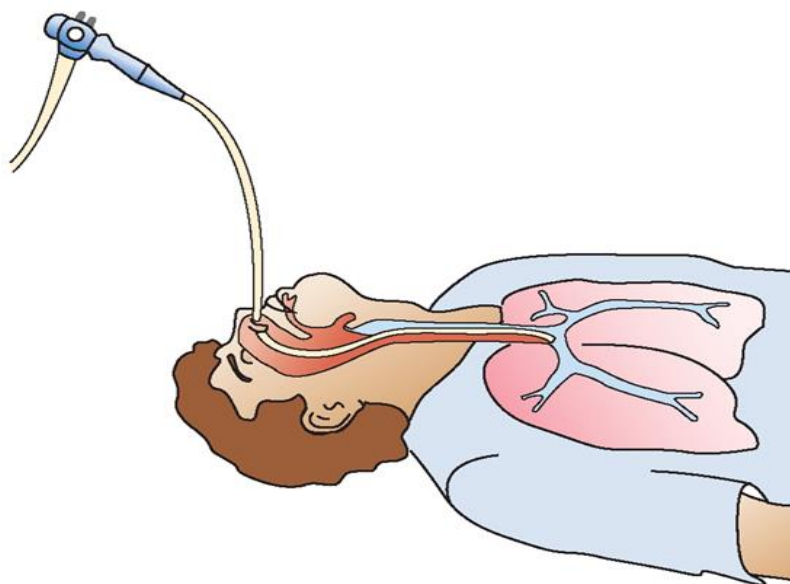


Рис.2 Санация трахео-бронхиального дерева

1.2. Уход за назогастральным зондом, носовыми канюлями и катетером

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры, уточнить, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании) и определить необходимость изменений;
- провести гигиеническую обработку рук;
- надеть перчатки,
- осмотреть место введения зонда на предмет признаков раздражения или давления.

2. Выполнение процедуры:

- проверить месторасположение зонда: попросить пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд;
- подсоединить шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввести воздух, одновременно выслушивая звуки в животе при помощи стетоскопа (должны быть слышны булькающие звуки);
- очистить ноздри увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанести вазелин на область введения зонда;
- каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы;
- каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в лоток;
- повторить промывание и аспирацию.

3. Окончание процедуры:

- снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен;
- утилизировать использованные материалы;
- снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

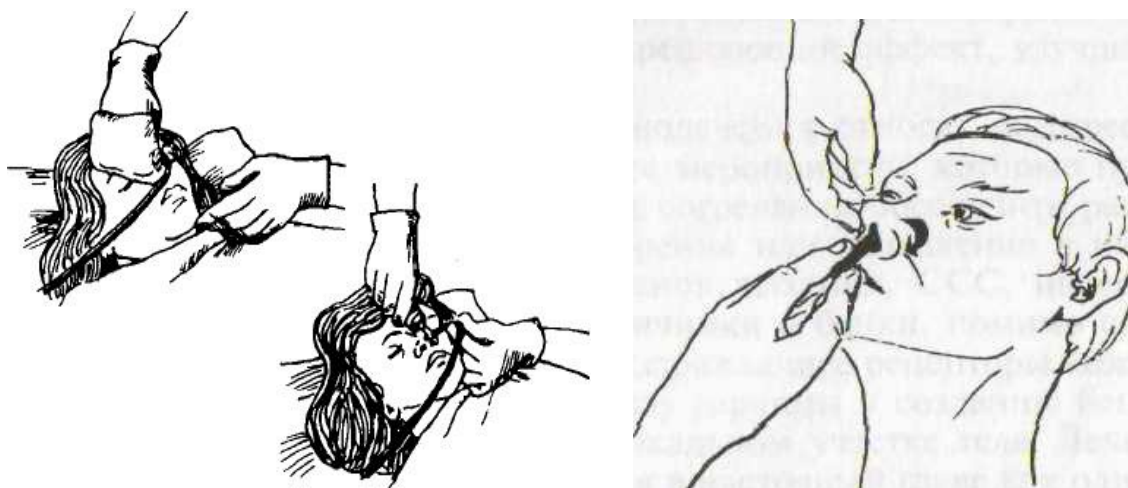


Рис.3 Туалет назогастрального зонда

1.3. Уход за сосудистым катетером

1. Подготовка к процедуре:

- убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача;
- вымыть и осушить руки (с использованием жидкого мыла и одноразовых полотенец);
- надеть маску;
- подготовить всё необходимое для процедуры и разместить на манипуляционном столике. При необходимости столик доставить в палату;
- объяснить пациенту цель проведения процедуры, уточнить аллергический анамнез, предложить пациенту занять или помочь ему занять вынужденное положение: лежа на спине, без подушек, голову отвернуть в противоположную сторону;
- освободить от одежды место установки катетера;
- обработать руки антисептиком и надеть нестерильные перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- снять повязку и положить в непромокаемый пакет/непромокаемый контейнер;
- оценить визуально место катетеризации - наличие гиперемии, гнойного отделяемого (сообщить врачу);
- снять перчатки, обработать руки антисептиком;
- надеть стерильные перчатки, обработать 3% перекисью водорода кожные покровы вокруг катетера;
- обработать кожные покровы 5 % раствором йода;
- обработать повторно кожные покровы антисептиком;

- фиксировать наклейку;
- при необходимости в случае загрязнения порт катетера очищается стерильной салфеткой с 3% перекисью водорода и затем салфеткой с физиологическим раствором, а съемные его части (заглушка, 3-ходовой кран) меняются;
- снять перчатки, провести гигиеническую обработку рук.

3.3. Завершение процедуры:

- надеть плотные перчатки и провести профилактическую дезинфекцию предметов обстановки, инструменты сбросить для предварительной очистки. Отработанный материал сбросить в ёмкость для дезинфекции или в пакет для утилизации в соответствии с классом отходов;
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.



Рис. 4 Уход за подключичным катетером



Рис.5 Стерильный пластырь для ухода за катетером

1.4. Уход за периферическим венозным катетером

При работе с периферическим венозным катетером необходимо соблюдать асептику, работать в стерильных перчатках, после каждого введения лекарственных веществ через катетер требуется смена стерильной заглушки. Нельзя пользоваться заглушкой, внутренняя поверхность которой может быть инфицирована.

Информация об объеме введенных за сутки препаратов, скорости их введения регулярно фиксируется в карте наблюдений за пациентом, чтобы можно было контролировать эффективность инфузионной терапии. Место катетеризации рекомендуется менять каждые 48-72 часа.

Необходимый инструментарий

- стерильный лоток,
- лоток для отработанного материала,
- стерильный перевязочный материал,
- шприц с 10 мл гепаринизированного раствора 1:1000,
- шприц с 5 мл стерильного физиологического раствора,
- антисептик — 700 спирт,
- стерильные заглушки в упаковке для периферических внутривенных катетеров,
- стерильные перчатки.

Последовательность действий

1. Приготовить стерильный лоток с перевязочным материалом, стерильной заглушкой и 2 шприцами емкостью 5 и 10 мл.
2. Набрать в шприц 5 мл стерильного физиологического раствора.
3. Набрать в шприц 10 мл гепаринизированного раствора.
4. Успокоить пациента, уложить руку в удобное положение, объяснить ход предстоящей манипуляции.
5. Надеть стерильные резиновые перчатки.
6. Подложить под соединительную трубку две стерильные салфетки, прекратить инфузию.
7. Отсоединить систему для внутривенного вливания лекарственных веществ от соединительной трубки периферического венозного катетера.
8. Подсоединить шприц с 5 мл стерильного физиологического раствора (для профилактики тромбоза) и ввести в катетер.
9. Отсоединить шприц от соединительной трубки катетера.
10. Присоединить к соединительной трубке катетера шприц с 10 мл гепаринизированного раствора и ввести в катетер.
11. Отсоединить шприц от соединительной трубки катетера.
12. Закрыть стерильной заглушкой вход в катетер, убрать стерильные салфетки и шприцы в емкость с дезинфицирующим раствором.
13. Следить за состоянием фиксирующей повязки, при необходимости менять ее.

14. Осматривать регулярно место пункции с целью раннего выявления осложнений.
15. Сообщить врачу о появлении: отека, покраснения, местном повышении температуры, подтекания, болезненных ощущений во время введения препаратов.

Примечание. При смене лейкопластырной повязки запрещается пользоваться ножницами, так как при этом можно отрезать катетер, и он попадет в кровеносную систему. Для профилактики тромбофлебита на вену выше места пункции тонким слоем накладывают тромбофлебические мази (траумель, гепариновая, троксевазин).



Рис.6 Катетер венозный периферический

1.5. Уход за гастростомой

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры пациенту или его семье;
- подготовить необходимое оборудование и оснащение, питательную смесь;
- надеть нестерильные перчатки;
- помочь пациенту занять высокое положение.

2. Выполнение процедуры:

- снять повязку и поместить в пакет или мешок для использованного материала;
- положить полотенце под трубку на эпигастральную область живота;
- провести визуальный осмотр трубки и окружающей гастростоме кожи;
- снять зажим с трубки гастростомы, присоединить шприц Жане;
- проверить, правильно ли расположен зонд в гастростоме, проверить остаточное желудочное содержимое в желудке путём его отсасывания из желудка: если объём превышает 100 мл, ввести его снова и обратить на это внимание врача, если объём остаточного содержимого меньше 100 мл, ввести его обратно и промыть трубку 30 мл тёплой кипяченой воды;

- провести вливание смеси в капельном режиме. После вливания питательной смеси или растворов промыть трубку 30,0 - 50,0 мл кипяченой воды;
- отсоединить шприц и закрыть зажимом трубку;
- вымыть кожу пациента мылом вокруг гастростомы, насухо промокнуть её салфеткой;
- проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму гастростому на предмет выявления отёка вокруг трубки или появления свища и других изменений;
- наложить слой мази, пасты или защитного геля для кожи по назначению врача;
- наложить стерильную салфетку или одноразовую запатентованную липкую повязку-наклейку вокруг гастростомической трубки;
- прижать вокруг гастростомы повязку-наклейку, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения (желудочный сок) из гастростомы;
- аккуратно закрепить конец трубки поверх повязки пластырем к коже.

3. Окончание процедуры:

- поместить использованный перевязочный материал в емкость или мешок для использованного материала;
- снять полотенце и поместить его в мешок для использованного белья;
- снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции или пакет;
- вымыть руки и осушить их (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

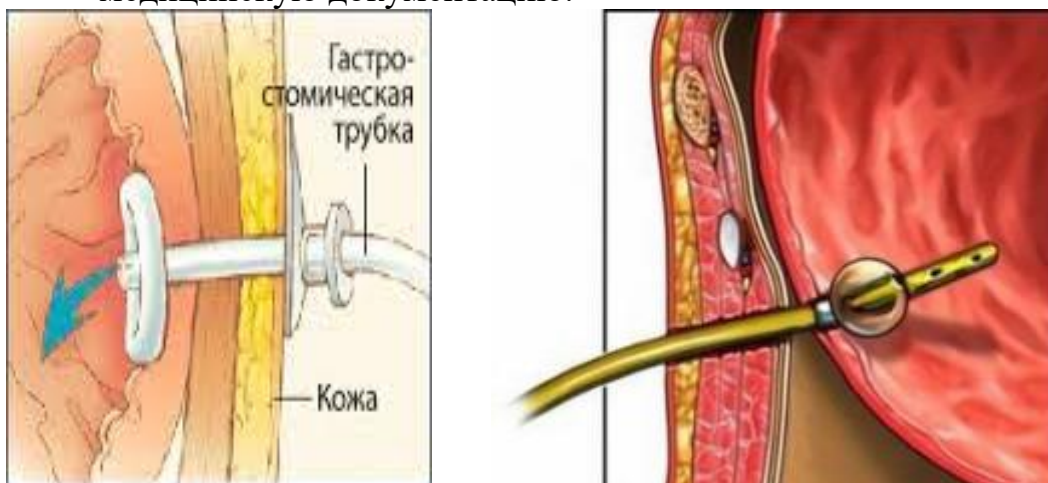


Рис.7 Анатомическое расположение гастростомы

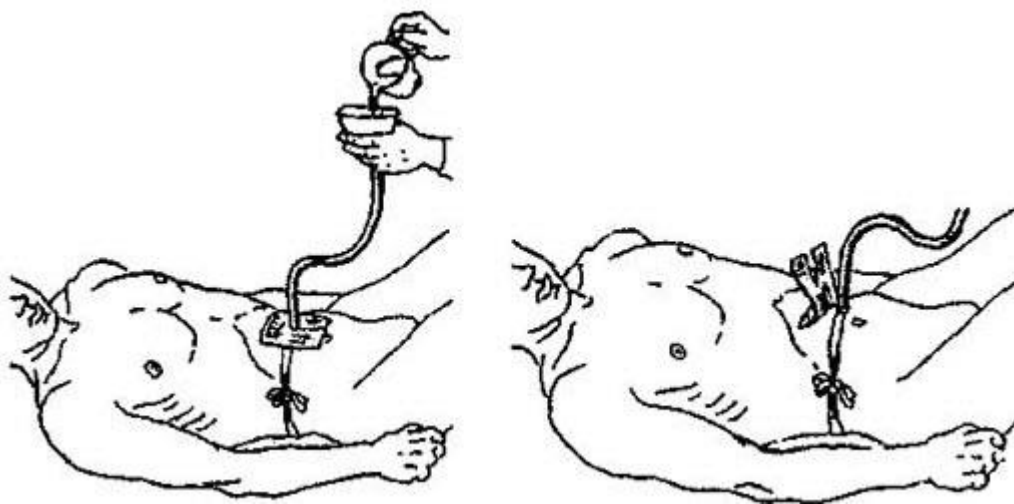


Рис. 8 Уход за гастростомой

1.6. Уход за илеостомой

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры;
- подготовить все необходимое;
- надеть нестерильные перчатки;
- помочь пациенту занять высокое положение (положение Фаулера) или попросить его встать, обернуть его простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля;
- приготовить чистый калоприемник: на бумаге, которая сверху покрывает нижнюю, прилипающую к коже сторону, начертить окружность диаметром на 2-3 мм шире, чем стома; на неё положить клеящее вещество или липкий двусторонний диск, соответствующий типу калоприемника;
- подготовить защитное приспособление для кожи с отверстием, строго соответствующим по диаметру отверстию стомы.

2. Выполнение процедуры:

- отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник в полиэтиленовый пакет или ведро;
- вымыть кожу пациента водой с мягким (жидким) мылом, насухо промокнуть её салфеткой;
- проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или изъязвления;
- наложить окклюзионное защитное приспособление для кожи или обработать кожу защитным препаратом (паста Лассара, цинковая паста, стоматогезин);
- приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо Кагауа, подальше от свежих разрезов в

коже. Прижать липучку вокруг стомы, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы;

- аккуратно расправить нижние края калоприемника, а на конце закрепить зажим.

3. Окончание процедуры:

- при необходимости использовать гипоаллергенный липкий пластырь, чтобы прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению. Присоединить пояс к кромке калоприемника;
- поместить старый калоприемник в мешок, снять пеленку, обмыть принадлежности;
- использованный материал продезинфицировать;
- снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

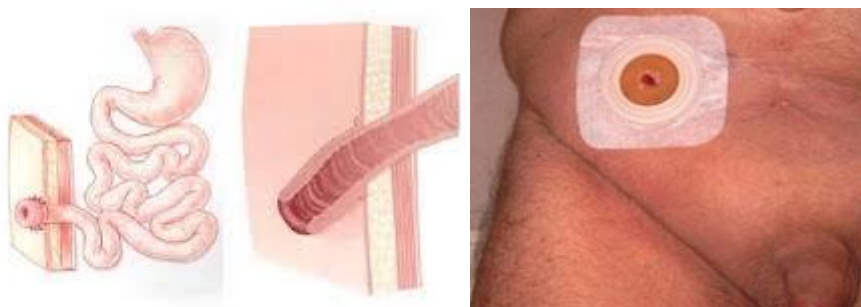


Рис. 9 Илеостома



Рис.10. Калоприемники

1.7. Уход за стомами толстого кишечника

1. Подготовка к процедуре:

- уточнить у лечащего врача вид оборудования и необходимость изменения плана ухода за стомой;
- объяснить процедуру в целом пациенту или его семье. Объяснить каждый этап по мере его выполнения, позволяя пациенту задавать вопросы или выполнять любой из этапов процедуры;
- обеспечить возможность для соблюдения приватности — поставить ширму, помочь пациенту занять положение лёжа;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла и антисептика);
- подготовить необходимое оснащение и оборудование;
- обернуть пациента простыней или пелёнкой ниже стомы для ограничения манипуляционного поля. Расположить зеркало нужным образом, чтобы создать видимость для пациента;
- приготовить чистый калоприемник: на верхней стороне бумаги, которая прилипает к коже, начертить окружность диаметром на 3-4 мм шире, чем стома (размер стомы 2.5 - 3.5 см);
- использовать специальный шаблон со стандартными отверстиями для подбора к размерам стомы. Наложить шаблон с вырезанным отверстием на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и, если оно не совпадает ни с одной из нанесенных линий, обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия. Вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру, следя за тем, чтобы не прорезать калоприемник насквозь. При этом удобно пользоваться зеркалом. При стоме неправильной формы отверстие можно моделировать ножницами;
- надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры:

- отсоединить и осторожно удалить старый калоприемник, одноразовый мешок сбросить в полиэтиленовый пакет для мусора, оставить закрывающее устройство для повторного использования. При повторном использовании калоприемника опорожнить мешочек в судно, предварительно пережать нижнюю часть мешочка зажимом и измерить объём масс. Обмыть зажим и вытереть его туалетной бумагой. Нанести дезодорирующее средство на нижнюю часть мешочка. Снятие калоприемника производить, начиная с верхнего края;
- сменить перчатки, поместив использованные в ёмкость для дезинфекции или пакет для отработанных материалов;
- вымыть кожу вокруг стомы теплой водой и жидким мылом, очистив ее от остатков клея от предыдущего калоприемника;

- аккуратно очистить область стомы и кожи около стомы пациента водой с мягким (жидким) мылом, насухо промокнуть её салфеткой;
- проверить состояние кожи, её цвет в области стомы и саму стому на предмет выявления отёка или других изменений (*мокнутия*);
- снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции;
- обработать руки антисептиком и надеть новые перчатки;
- обработать кожу (при нарушении её целостности) защитным препаратом (цинковой мазью, стомагезином, пастой Лассара);
- снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы;
- приложить и правильно центрировать чистый калоприемник прямо на кожу пациента или на кольцо калоприемника (при использовании многоразового) подальше от свежих разрезов в коже;
- приклеить, начиная с нижнего края пластины, калоприемник к коже, в течение 1-2 минут прижимая рукой край отверстия, прилежащий к стоме, не допуская образования складок, через которые будут просачиваться выделения из стомы;
- аккуратно расправить нижние края калоприемника (при применении многоразового);
- при использовании многоразового калоприемника прикрепить края калоприемника к кожному барьерному приспособлению пластырем. Присоединить пояс к кромке калоприемника.

3. Окончание процедуры:

- снять перчатки и поместить их в ёмкость для дезинфекции;
- вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

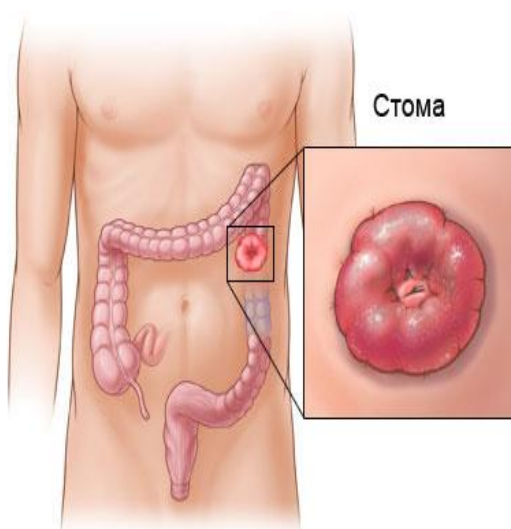


Рис. 11. Калостомы



Рис. 12. Уход за колостомой

1.8. Уход за постоянным мочевым катетером

1. Подготовка к процедуре:

- представиться пациенту, объяснить цель и ход предстоящей процедуры;
- обеспечить конфиденциальность процедуры;
- надеть перчатки;
- положить под ягодицы пациента (пациентки) адсорбирующую пеленку;
- опустить изголовье кровати;
- попросить пациента занять положение на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами (при необходимости помочь ему).

2. Выполнение процедуры:

- вымыть промежность водой с жидким мылом и просушить полотенцем;
- вымыть марлевой салфеткой, а затем высушить проксимальный участок катетера на расстоянии 10 см;
- осмотреть область уретры вокруг катетера; убедиться, что моча не подтекает;
- осмотреть кожу промежности, идентифицируя признаки воспаления (гиперемию, отечность, мацерацию кожи, гнойное отделяемое);
- убедиться, что трубка катетера приклеена пластырем к бедру и не натянута;
- убедиться, что дренажный мешок прикреплен к кровати ниже ее плоскости;
- снять с кровати пеленку (клеенку с пеленкой) и поместить ее в емкость для дезинфекции.

3. Окончание процедуры:

- снять перчатки, вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика);
- сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

2. Выполнение реанимационных мероприятий

2.1 Коникотомия

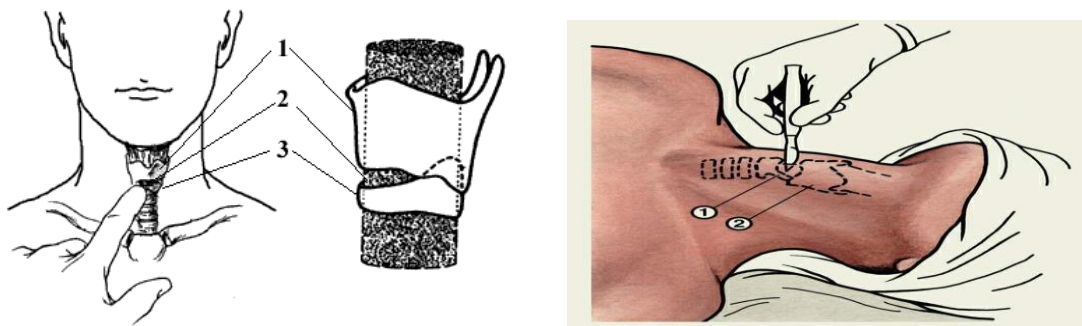


Рис. 13. Коникотомия

Коникотомия - экстренная операция, проводимая по жизненным показаниям при острой дыхательной недостаточности, вызванной попаданием инородного тела в дыхательные пути, когда его не удастся экстренно извлечь другими способами. Применяется у взрослых и детей старше 8 лет. У детей до 8 лет проводят функциональную коникотомию с нарушением целостности конической связки.

1. Подготовка к процедуре:

- уложить пациента на спину с запрокинутой головой и подложенным под лопатки валиком;
- обработать руки раствором антисептика;
- надеть перчатки;
- дважды обработать переднюю поверхность шеи йодонатом;
- обложить переднюю поверхность шеи пеленками, закрепить их цапками;
- произвести местную инфильтративную анестезию кожи передней поверхности шеи 0,25% раствором новокаина по месту предполагаемого разреза (между щитовидным и перстневидным хрящом).

2. Выполнение процедуры:

- положить I и II пальцы левой руки на боковые поверхности щитовидного хряща, указательным пальцем нащупать промежуток между щитовидным перстневидным хрящами;
- в указанном промежутке делают поперечный разрез до 1,5 см длиной;
- указательным пальцем левой руки прощупывают мембрану, расположенную между перстневидным и щитовидными хрящами, и перфорируют ее кончиком скальпеля;
- в просвет гортани через разрез вводят трахеостомическую трубку;
- края раны обрабатывают раствором йодоната;
- вокруг трахеостомической трубки укладывают две надрезанные до середины марлевые салфетки (разрезами напротив).

2.2. Уход за трахеостомой

Оснащение:

- Раствор фурацилина 1:5 000;
- цинковая мазь или паста Лассара;
- 2 и 4% раствор натрия гидрокарбоната;
- вазелиновое или стерильное растительное масло;
- стерильные ватные шарики;
- стерильные марлевые салфетки;
- стерильный трахеобронхиальный катетер;
- стерильный пинцет;
- шпатель;
- почкообразные тазы - 2 шт.;
- стерильные ножницы;
- электроотсос или шприц Жане.

Виды трахеотомических трубок:

1. из термолабильной пластмассы,
2. из нержавеющей стали.

Техника выполнения ухода за трахеостомой.

1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.
2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи. Для этого следует:
 - за 30 мин до отсасывания приподнять ножной конец кровати и сделать массаж грудной клетки;
 - за 10 мин до отсасывания слизи через трахеотомическую трубку влить 1 мл 2 % раствора натрия гидрокарбоната для разжижения слизи;
 - ввести в трахеотомическую трубку на 10-15 см стерильный трахеобронхиальный катетер;
 - соединить катетер с отсосом и отсосать скопившуюся слизь (или сделать это с помощью шприца Жане).
3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует:
 - положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина;
 - используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурациллином;
 - после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку,

для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.



Рис. 14. Уход за трахеостомой.

2.2.Искусственное дыхание рот в рот, с применением воздуховода Гведела, мешка Амбу.



Рис. 15. Воздуховод Гведела

Если сразу после восстановления проходимости дыхательных путей самостоятельное дыхание не восстановилось или оно неадекватно, то необходимо срочно перейти ко 2-му этапу сердечно-легочной реанимации - проведению ИВЛ. ИВЛ начинают с простых и достаточно эффективных способов - экспираторных, т. е. проведение ИВЛ введением в легкие пострадавшего (через его рот или нос) воздуха, выдыхаемого реаниматором. Использование этих способов не требует никакой аппаратуры, поэтому применимо в любой обстановке (где может и не быть соответствующих

аппаратов). Но даже при наличии респиратора нельзя терять минуты на доставку и присоединение его к пострадавшему: необходимо сразу же начинать проведение ИВЛ экспираторным способом. В легкие пострадавшего при этом попадает воздух, содержащий 16-18% кислорода.

При проведении ИВЛ экспираторным методом минимально необходимым объемом считается двойная «физиологическая норма», т. е. $500 \text{ мл} \times 2 = 1000 \text{ мл}$. Введение такого объема воздуха в легкие пострадавшего способствует расправлению спавшихся альвеол, стимуляции дыхательного центра, достаточно для насыщения гемоглобина кислородом. Следовательно, ИВЛ выдыхаемым воздухом эффективна и доступна каждому. Надо помнить, что моментально начатая ИВЛ воздухом после остановки сердца приносит гораздо больше пользы, чем использование для этих целей кислорода, но через несколько минут.

Искусственная вентиляция легких изо рта в рот

В тех случаях, когда пострадавшему не удастся открыть рот или когда вентиляция через рот по каким-то причинам невозможна (проведение реанимации в воде, отсутствие герметичности между ртом реаниматора и пострадавшего, травма в области рта), эффективен способ изо рта в нос. При этом способе одной рукой, находящейся на лбу пациента, запрокидывают голову назад, а другой, подтягивая за подбородок, выдвигают нижнюю челюсть вперед. При этом рот закрывается. Далее, как и при предыдущем способе, делают глубокий вдох, губами охватывают нос пострадавшего и производят выдох. ИВЛ у взрослых проводится с частотой 12 дыханий в минуту, т. е. легкие пострадавшего нужно раздувать каждые 5 с. У новорожденных и грудных детей воздух вдувают одновременно в рот и в нос (ибо лицевой череп ребенка очень мал) с частотой 20 раз в минуту.

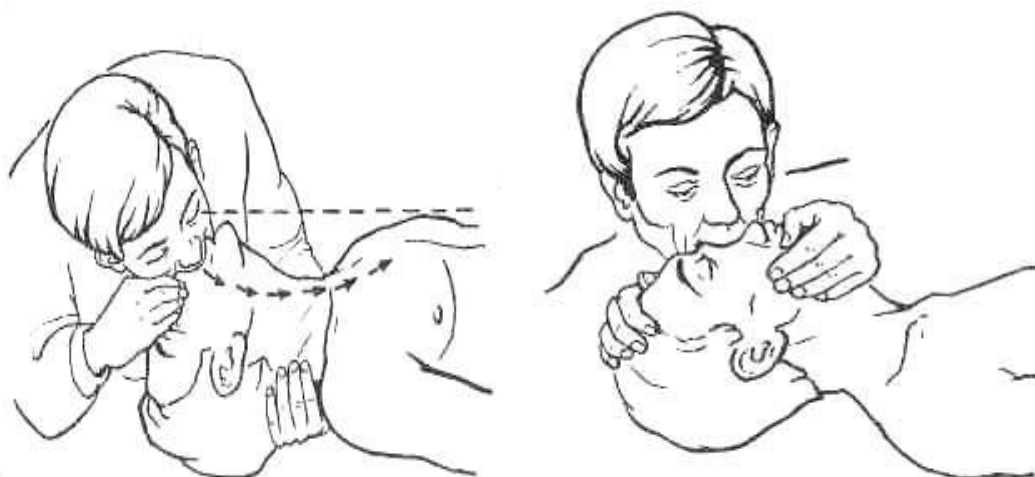


Рис.16. Искусственная вентиляция легких

В машине скорой помощи, на медпункте, в амбулаториях искусственное дыхание можно проводить с помощью маски с дыхательным мешком — Амбу-аппарат или «маски с гармошкой»—РПА-1 .

- Запрокидывают голову приемом, описанным выше.
- Берут маску аппарата большим и указательным пальцами левой руки и прикладывают к лицу пострадавшего, прижимая плотно маску III и IV пальцами, которыми держат нижнюю челюсть.
- Правой рукой сдвигают мешок или гармошку и получают полноценный глубокий вдох. Выдох — пассивный.
- Свободную проходимость дыхательных путей обеспечивают разгибанием головы или введением воздуховодов в рот или нос.

При проведении искусственного дыхания следует ориентироваться на внешний вид больного, показатели пульса и артериального давления. Данный метод предпочтителен, когда приходится проводить вспомогательное дыхание при частичном сохранении собственного дыхания больного. Если искусственное дыхание необходимо проводить в течение длительного срока, лучше пользоваться автоматическим респиратором.

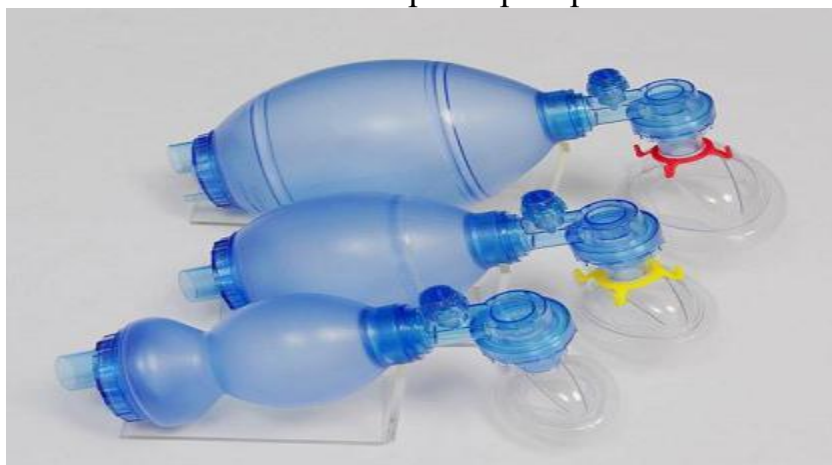


Рис. 17. Мешок Амбу

2.3.Проведение непрямого массажа сердца

При отсутствии у пострадавшего пульса для поддержания жизнедеятельности организма (для восстановления кровообращения) необходимо независимо от причины, вызвавшей прекращение работы сердца, одновременно с искусственным дыханием (вдуванием воздуха) проводить наружный массаж сердца. При этом следует иметь в виду, что без правильной и своевременной предварительной помощи пострадавшему до прибытия врача врачебная помощь может оказаться запоздалой и неэффективной.

Наружный (непрямой) массаж производится путем ритмичных сжатий сердца через переднюю стенку грудной клетки при надавливании на относительно подвижную нижнюю часть грудины, позади которой расположено сердце. При этом сердце прижимается к позвоночнику и кровь из

его полостей выжимается в кровеносные сосуды. Повторяя надавливание с частотой 66 - 70 раз в минуту, можно обеспечить достаточное кровообращение в организме при отсутствии работы сердца.

Возможность такой имитации работы сердца возникает в результате глубокой потери мышечного тонуса (напряжения) у умирающего, вследствие чего его грудная клетка становится более подвижной и податливой, чем у здорового человека.

Для проведения наружного массажа сердца пострадавшего следует уложить спиной на жесткую поверхность (низкий стол, скамейку или на пол), обнажить у него грудную клетку, расстегнуть пояс, подтяжки и другие стесняющие дыхание предметы одежды. Оказывающий помощь должен встать с правой или с левой стороны пострадавшего и занять такое положение, при котором возможен более или менее значительный наклон над пострадавшим. Если пострадавший уложен на столе, оказывающий помощь должен встать на низкий стул, а при нахождении пострадавшего на полу оказывающий помощь должен встать на колени рядом с пострадавшим.

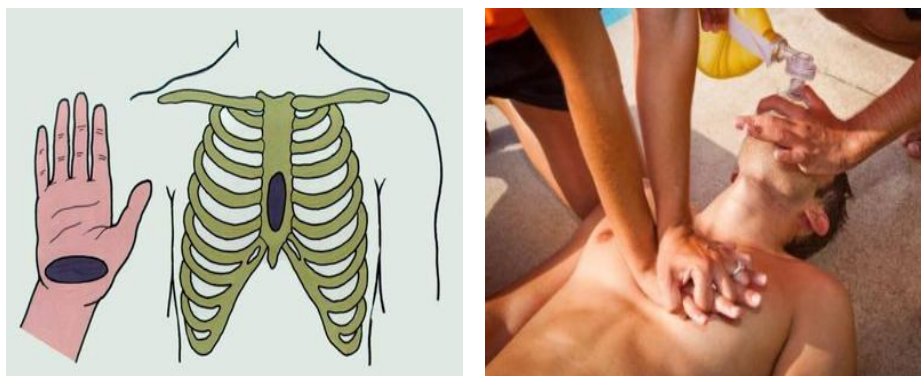


Рис. 18. Непрямой массаж сердца

Определив положение нижней трети грудины оказывающий помощь должен положить на нее верхний край ладони разогнутой до отказа руки, а затем поверх руки положить другую руку и надавливать на грудную клетку пострадавшего, слегка помогая при этом наклоном своего корпуса. Надавливание следует производить быстрым толчком так, чтобы продвинуть нижнюю часть грудины вниз в сторону позвоночника на 3 – 4 см, а у полных людей – на 5 – 6 см. Усилие при надавливании следует концентрировать на нижнюю часть грудины, которая благодаря прикреплению ее к хрящевым окончаниям нижних ребер является подвижной. Верхняя часть грудины прикреплена неподвижно к костным ребрам и при надавливании на нее может переломиться. Следует избегать также надавливания на окончание нижних ребер, так как это может привести к их перелому. Ни в коем случае нельзя надавливать ниже края грудной клетки (на мягкие ткани), так как можно повредить расположенные здесь органы, в первую очередь печень.

Надавливание на грудину следует повторять примерно один раз в секунду.

После быстрого толчка руки остаются в достигнутом положении примерно в течение одной трети секунды. После этого руки следует снять, освободив грудную клетку от давления, с тем, чтобы дать возможность ей расправиться. Это благоприятствует присасыванию крови из больших вен в сердце и его заполнению кровью.

При наличии помощника один из оказывающих помощь, менее опытный в этом вопросе, должен проводить искусственное дыхание путем вдухания воздуха как менее сложную процедуру, а второй, более опытный – производить непрямой массаж сердца. Для обеспечения организма достаточным количеством кислорода при отсутствии работы сердца следует одновременно с массажем сердца проводить и искусственное дыхание способом вдухания воздуха в легкие пострадавшего.

Поскольку надавливание на грудную клетку затрудняет ее расширение при вдохе, вдухание следует производить в промежутках между надавливаниями или же во время специальной паузы, предусматриваемой через каждые 4 – 6 надавливаний на грудную клетку.

В случае если оказывающий помощь не имеет помощника и вынужден проводить искусственное дыхание и наружный массаж сердца один, следует чередовать проведение указанных операций в следующем порядке: после 2 – 3 глубоких вдуханий в рот или в нос пострадавшего делает 15 – 20 надавливаний на грудную клетку, затем снова производит 2 – 3 глубоких вдухания и опять делает 15 – 20 надавливаний в целях массажа сердца и т. д. При этом вдухание воздуха следует приурочить ко времени прекращения надавливания на грудную клетку или прерывая на время вдухания (примерно на 1 секунду) массаж сердца.

При правильном проведении искусственного дыхания и массажа сердца у пострадавшего появляются следующие признаки оживления:

- Улучшение цвета лица, приобретающего розоватый оттенок вместо серо-землистого цвета с синеватым оттенком, который был у пострадавшего до оказания помощи;
- Сужение зрачков.

Степень сужения зрачков может служить наиболее верным показателем эффективности оказываемой помощи. Узкие зрачки у оживляемого указывают на достаточное снабжение мозга кислородом, и наоборот, начинающееся расширение зрачков свидетельствует об ухудшении снабжения мозга кровью и необходимости принятия более эффективных мер по оживлению пострадавшего. Этому может помочь поднятие ног пострадавшего примерно на 0.5 м от пола и оставление их в поднятом положении в течение всего времени наружного массажа сердца. Такое положение ног пострадавшего способствует лучшему притоку крови в сердце из вен нижней части тела. Для поддержания ног в поднятом положении под них следует что-либо подложить.

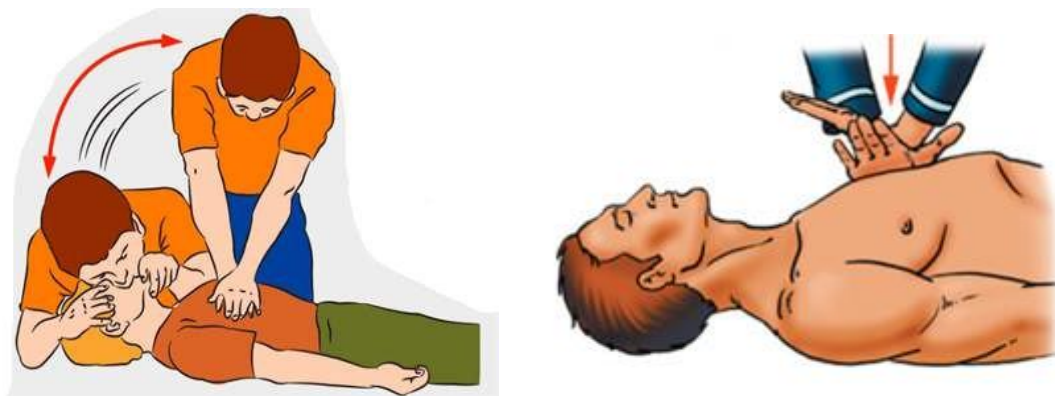


Рис. 19. Сердечно-легочная реанимация

2.4. Проведение базовой сердечно-легочной реанимации

Алгоритм проведения базовой сердечно-легочной реанимации:

1. Оценка ситуации.
2. Оценка сознания пострадавшего. После оценки обстановки и устранения опасности для спасателя и пострадавшего необходимо определить наличие сознания у пострадавшего. Для этого его надо взять за плечи, встряхнуть («шейк-тест») и громко спросить: «Что с Вами, помощь нужна?». При наличии сознания – осмотр на предмет травм, вызов скорой медицинской помощи, оказание первой помощи и контроль состояния пострадавшего до прибытия бригады.
3. При отсутствии сознания – приглашение помощника и проверка дыхания.
4. Для проверки дыхания производится открытие дыхательных путей путем запрокидывания головы и подъема подбородка (для этого одну ладонь кладут на лоб пациента, двумя пальцами другой поднимают подбородок, запрокидывая голову назад и выдвигая нижнюю челюсть вперед и вверх), после чего осуществляется попытка услышать нормальное дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух щекой, увидеть движение грудной клетки. Проверка дыхания осуществляется в течение 10 сек.
5. При наличии дыхания пострадавшему придается устойчивое боковое положение, производится вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до прибытия бригады. Придание устойчивого бокового положения осуществляется следующим образом: ближняя к спасателю рука пострадавшего вытягивается «вверх» вдоль туловища и кладётся справа от головы. Другая рука сгибается в локте, а кисть её помещается между рукой и щекой пострадавшего, ладонью – к щеке. Дальняя от спасателя нога сгибается в колене под прямым углом. После чего, находясь с правой стороны, берёмся левой рукой за левое плечо, а правой – за левое колено и лёгким движением пострадавший поворачивается на бок.

6. При отсутствии дыхания производится вызов скорой медицинской помощи и начинаются компрессии грудной клетки с частотой 100 раз в минуту на глубину 5 – 6 см в чередовании со вдохами искусственной вентиляции легких в соотношении 30 компрессий к 2 вдохам. Место расположения рук при компрессиях – по центру грудной клетки относительно вертикальной оси. Компрессии проводятся только на ровной, твердой поверхности. Упор делается на основание ладоней. Руки могут быть взяты «в замок» или одна на другую «крест-на-крест», пальцы должны быть приподняты и не должны касаться грудной клетки. Прекращать компрессии можно только на время, необходимое для проведения ИВЛ и на определение пульса на сонной артерии. Руки в локтевых суставах не должны быть согнуты. Первая компрессия должна быть пробной, для определения эластичности грудной клетки, последующие производятся с такой же силой. Компрессия должна производиться по возможности ритмично, линия плеч реаниматора должна находиться на одной линии с грудиной и параллельно с ней. Расположение рук перпендикулярно груди. Компрессии производятся строго вертикально в переднезаднем направлении по линии, соединяющей грудину с позвоночником, при этом нельзя отрывать руки от грудины. Компрессии выполняются плавно, без резких движений, тяжестью верхней половины своего тела. Смещение основания ладоней относительно грудины недопустимо.
7. Указанные мероприятия производятся до появления у пострадавшего признаков жизни либо до прибытия скорой медицинской помощи.

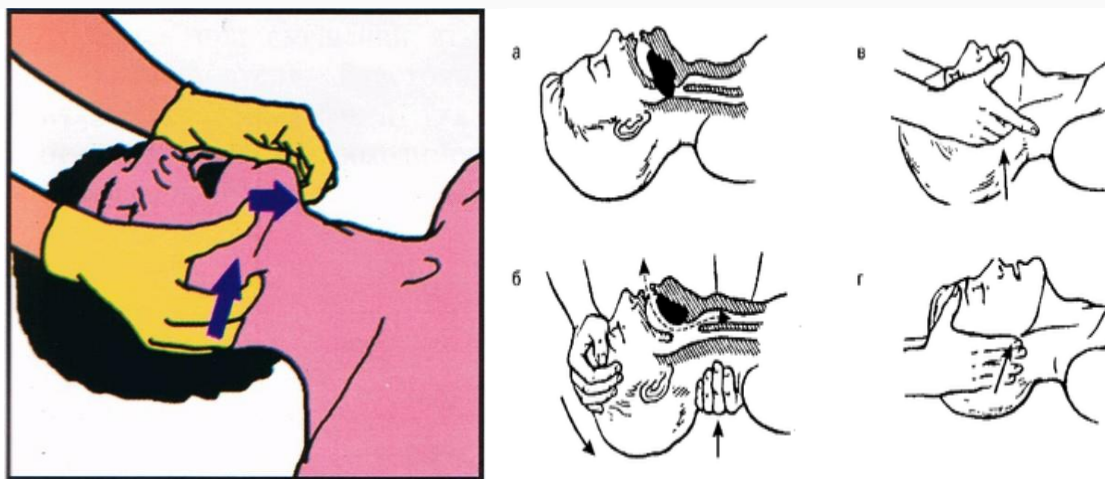


Рис. 20. Тройной прием Сафара

Методические указания для написания реферата

Одной из форм самостоятельной деятельности студентов в структуре текущего учебного процесса является написание рефератов на актуальную тему.

В переводе с латыни «refferere» (реферат) означает «докладывать, сообщать». Согласно действующего ГОСТа 7.32, реферат - это краткое изложение содержания научной проблемы с указанием на первичные документы. Сущность реферирования заключается в максимальном сокращении объёма источника информации при сохранении его основного содержания. Учебный реферат (или доклад) пишется для того, чтобы показать насколько качественно студенты изучили и поняли научную литературу.

Написание рефератов в качестве внеаудиторной самостоятельной работы способствует закреплению теоретических знаний, а также формирует у студентов дополнительные навыки к самостоятельному анализу теории и практики.

Обязательным условием выполнения рефератов должна быть максимальная самостоятельность, творческий подход, а также активность в поиске материалов и их последующей аналитической обработке. В реферате, как сокращённом, информативно сжатом изложении первоисточников, представлены вместе с фактическими данными также и выводы. Выполнение таких видов работ способствует формированию у студентов навыков самостоятельной научно-практической деятельности, повышению их теоретической и профессиональной подготовки, лучшему усвоению учебного материала. Самостоятельное написание реферата также свидетельствует об умении студентов применять знания, полученные в процессе лекционных и семинарских занятий. Поэтому написание и оформление реферата являются неотъемлемой частью учебного процесса.

Полноценный реферат должен основываться на 5–10 источниках, то есть на 3–4-х монографиях или учебниках, 1–3-х статьях и 1–3-х документах или нормативно-правовых актах.

Оптимальный объём 15-20 страниц печатного текста.

Этапы работы над рефератом

1. Выбор темы.

Очень важно правильно выбрать тему. Выбор темы не должен носить формальный характер, а иметь практическое и теоретическое обоснование.

Если интересующая тема отсутствует в рекомендательном списке, то по согласованию с преподавателем студенту предоставляется право самостоятельно предложить тему реферата, раскрывающую содержание изучаемой дисциплины. Тема не должна быть слишком общей и глобальной, так как небольшой объём работы (до 20 страниц) не позволит раскрыть ее.

- После выбора темы составляется список изданной по теме (проблеме) литературы, опубликованных статей, необходимых справочных источников.

Знакомство с любой научной проблематикой следует начинать с освоения имеющейся основной научной литературы. При этом следует сразу же составлять библиографические выходные данные (автор, название, место и год издания, издательство, страницы) используемых источников. Названия работ иностранных авторов приводятся только на языке оригинала.

Начинать знакомство с избранной темой лучше всего с чтения обобщающих работ по данной проблеме, постепенно переходя к узкоспециальной литературе.

- На основе анализа прочитанного и просмотренного материала по данной теме следует составить тезисы по основным смысловым блокам, с пометками, собственными суждениями и оценками. Предварительно подобранный в литературных источниках материал может превышать необходимый объем реферата, но его можно использовать для составления плана реферата.

2. Составление плана

- Студент по предварительному согласованию с преподавателем может самостоятельно составить план реферата, с учетом замысла работы, либо взять за основу рекомендуемый план, приведенный в данных методических указаниях по соответствующей теме. Правильно построенный план помогает систематизировать материал и обеспечить последовательность его изложения.

Наиболее традиционной является следующая **структура реферата**:

- Титульный лист.
- Оглавление (план, содержание).
- Введение.
- Содержание.
- Заключение (или выводы).
- Список использованной литературы.
- Приложения (по усмотрению автора).

Титульный лист заполняется по единой форме (Приложение 1).

Оглавление (план, содержание) включает названия всех разделов (пунктов плана) реферата и номера страниц, указывающие начало этих разделов в тексте реферата.

Введение. В этой части реферата обосновывается актуальность выбранной темы, формулируются цели работы и основные вопросы, которые предполагается раскрыть в реферате, указываются используемые материалы и дается их краткая характеристика с точки зрения полноты освещения избранной темы. Объем введения не должен превышать 1-1,5 страницы. Введение состоит из трех частей: (1) теоретического материала; (2)

объяснения целей исследования или работы;(3) предпосылок и предположений (гипотез), которые будут рассмотрены в основной части работы. Введение представляет цели работы, а также предмет (вопрос) её исследования.

Содержание (основная часть реферата) - здесь достаточно полно и логично излагаются главные положения в используемых источниках, раскрываются все пункты плана с сохранением связи между ними и последовательности перехода от одного к другому.

Студент должен следить за тем, чтобы изложение материала точно соответствовало цели и названию главы. Материал в реферате рекомендуется излагать своими словами, не допуская дословного переписывания из литературных источников. В тексте обязательны ссылки на первоисточники, т.е. на тех авторов, у которых взят данный материал в виде мысли, идеи, вывода, числовых данных, таблиц, графиков, иллюстраций и пр. Работа должна быть написана грамотным литературным языком. Сокращение слов в тексте не допускается, кроме общеизвестных сокращений и аббревиатуры. Каждый раздел рекомендуется заканчивать кратким выводом. Объем основной части - 12 - 16 страниц.

Заключение (выводы). Заключение должно характеризовать в сжатом виде результаты исследования, четкие выводы (2-3 страницы). В заключении не следует суммировать текст работы, а также повторять содержание выводов работы. Заключение представляет собой исчерпывающее выражение вклада работы в обсуждаемый предмет (тему) исследования. В заключении следует указать, получен ли в работе ответ на центральный вопрос исследования, верны ли были предположения, выдвинутые в начале работы, и если нет, то почему? Оптимальный объем заключения – 2-3 страницы.

Список литературы оформляется по следующим критериям:

- в алфавитном порядке,
- тематически-хронологический,
- по видам источников.

Приложения могут включать графики, таблицы, расчеты, статистические данные. Они должны иметь внутреннюю (собственную) нумерацию страниц.

Требования к оформлению реферата

По оформлению реферата предъявляются следующие требования:

- Текст представляется в компьютерном исполнении без стилистических и грамматических ошибок.
- Текст должен иметь книжную ориентацию, набираться через 1,5 интервала на листах формата А4 (210 x 297 мм). Для набора текста в текстовом редакторе Microsoft Word, рекомендуется использовать шрифты: Times New Roman, размер шрифта – 14 пт.
- Поля страницы: левое – 3 см., правое – 1,5 см., нижнее – 2 см., верхнее – 2. Абзац (красная строка) должен равняться четырем знакам (1,25 см).

- Выравнивание текста на листах должно производиться по ширине строк.
- Каждая структурная часть реферата (введение, разделы основной части, заключение и т. д.) начинается с новой страницы.
- Заголовки разделов, введение, заключение, библиографический список набираются прописным полужирным шрифтом.
- Не допускаются подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовков.
- После заголовка, располагаемого посередине строки, точка не ставится.
- Расстояние между заголовком и следующим за ней текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.
- Формулы внутри реферата должны иметь сквозную нумерацию и все пояснения используемых в них символов.
- Иллюстрации, рисунки, чертежи, графики, фотографии, которые приводятся по тексту работы, должны иметь нумерацию.
- Ссылки на литературные источники оформляются в квадратных скобках, где вначале указывается порядковый номер по библиографическому списку, а через запятую номер страницы.
- Все страницы реферата, кроме титульного листа, нумеруются арабскими цифрами. Номер проставляется внизу в центре страницы.
- Титульный лист реферата включается в общую нумерацию, но номер страницы на нем не проставляется.
- Объем реферата в среднем - 15-20 страниц формата А4, набранных на компьютере на одной (лицевой) стороне.
- В списке использованной литературе в реферате должно быть не менее пяти источников.

Критерии оценки качества реферата преподавателем

Подготовленный и оформленный в соответствии с требованиями реферат оценивается преподавателем по следующим критериям:

- достижение поставленной цели и задач исследования (новизна и актуальность поставленных в реферате проблем, правильность формулирования цели, определения задач исследования, правильность выбора методов решения задач и реализации цели; соответствие выводов решаемым задачам, поставленной цели;
- уровень эрудированности автора по изученной теме (знание состояния изучаемой проблематики);
- культура письменного изложения материала (логичность подачи материала, грамотность автора);
- культура оформления материалов работы (соответствие доклада всем стандартным требованиям);
- знания и умения на уровне требований стандарта данной дисциплины: знание фактического материала, усвоение общих понятий и идей;

- степень обоснованности аргументов и обобщений (полнота, глубина, всесторонность раскрытия темы, корректность аргументации и системы доказательств, характер и достоверность примеров, иллюстративного материала, наличие знаний интегрированного характера, способность к обобщению);
- качество и ценность полученных результатов (степень завершенности реферативного исследования, спорность или однозначность выводов);
- использование литературных источников.

Объективность оценки работы преподавателем заключается в определении ее положительных и отрицательных сторон, по совокупности которых он окончательно оценивает представленную работу.

При положительном заключении работа допускается к защите, о чем делается запись на титульном листе работы. В последующем, реферат хранится в портфолио студента.

При отрицательной рецензии работа возвращается на доработку с последующим представлением на повторную проверку с приложением замечаний, сделанных преподавателем.

Внимание!

1. Не допускается сдача скачанных из сети Internet рефератов, поскольку это приводит к формализации получения знаний и будет рассматриваться как попытка обмана преподавателя.
2. Студент, не подготовивший реферат, считается не выполнившим учебный план и не может быть допущен к зачету.

Методические указания для подготовки доклада с использованием Internet-ресурсов

Навыки подготовки докладов нарабатываются постепенно, и для того, чтобы студент освоил и овладел этими компетенциями, нужно постоянно работать над собой и учитывать правила выступления перед публикой, которые изложены ниже.

Доклад о выполненных научных исследованиях - это публичное выступление, в котором кратко излагаются основное содержание, главные идеи и выводы, степень новизны и практическая значимость полученных результатов.

Основное назначение доклада - дать информацию о научных и практических данных.

Для подготовки докладов по дисциплине студенты должны владеть информацией о наиболее известных Интернет-ресурсах специфической направленности: о новостных сайтах, предоставляющих информацию о заболевании и заболеваемости; о сайтах, посвящённых статистической информации; о сайтах, предоставляющих аналитическую информацию и т.д. Студентам необходимо ознакомиться с магистральными сайтами Сети; освоить механизм поиска информации в Интернете; поиск информации по заданной теме; проводить анализ материалов, полученных из Интернета.

Рекомендации для подготовки доклада

Обычно доклад следует декомпозировать на три части:

1. В первой части необходимо обосновать актуальность темы исследования и ее значимость для науки и практики; указать проблему (гипотезу), цель, задачи исследования; сформулировать методологическую базу исследований и перечислить использованные методы (методики); обосновать достоверность полученных результатов; указать научную новизну, теоретическую и практическую значимость работы (иллюстрируются с помощью плакатов или слайдов).
2. Во второй части следует осветить основное содержание работы в соответствии с ее структурным членением и привести заключение.
3. Третья часть должна состоять из краткого библиографического описания публикаций по теме выполненного исследования.

На доклад отводится, как правило, от 7 до 10 минут.

Таблицы, графики, рисунки, наглядные пособия, используемые при выступлении с докладом, должны быть тщательно продуманы. Следует отобразить только то, что действительно необходимо при изложении материала. Таблицы, графики должны быть выполнены таким образом, чтобы аудитория могла рассмотреть, что на них изображено и написано.

Этапы работы над докладом

1. Формулирование основных задач, которые необходимо решить в процессе подготовки доклада.
2. Сбор информации для доклада, формирование информационной базы.
3. Статистическая обработка данных.
4. Подготовка демонстрационного материала (таблицы, графики, диаграммы).
5. Подготовка презентации.
6. Анализ данных для публичного доклада

Если главная цель публичного доклада – информирование, то центральной задачей подготовки доклада становится работа с информацией, ее сбор, обработка и представление.

Основными источниками информации выступают:

- формы статистической отчетности органов Роспотребнадзора;
- материалы контроля;
- отчеты, результаты специальных исследований (мониторинги, опросы).

Особое место среди методов сбора информации, используемых для составления докладов, занимает освещение текущей ситуации по изучаемой проблеме. Докладчик должен подготовить информацию об оперативной диагностике, вспышечной и эпидемической заболеваемости за последние 5 лет.

Следует отметить, что в публичном докладе рассматривается не исходная информация (данные как таковые), а индикаторы – аналитические расчетные показатели, содержательно характеризующие состояние и тенденции развития.

Одна из отличительных особенностей публичного доклада заключается в наличии четких требований к проведению анализа данных и представлению его результатов.

Для того чтобы доклад выполнил свои функции, необходимо также сделать текст сообщения доступным и понятным для аудитории. В решении указанных задач ведущую роль играют язык, стиль и оформление доклада, а также организация работы по его презентации и распространению.

Оформление таблиц:

- название таблицы указывается сверху;
- для заголовка таблицы и текста выбирается шрифт одного размера;
- единицы измерения в таблице размещаются сразу после названия показателя;
- если единица измерения одна для всех показателей в таблице, то она выносится в заголовок;
- в таблицах не оставляются пустые ячейки;

- единицы измерения (например, проценты) не размещаются в ячейках таблицы рядом с цифрами;
- не имеет смысла давать цифры более чем с одним знаком после запятой (если только очень маленькое значение показателя, в виде исключения из правила – не более трех знаков после запятой);

Оформление доклада:

- диаграммы и графики используются для повышения доступности содержания доклада, иллюстрации выводов и наглядного представления выявленных тенденций; они должны сопровождаться комментариями в тексте доклада и иметь правильно составленные названия (подписи);
- схемы применяются в докладе для того, чтобы сделать его содержание более доступным и ясным;
- специальные средства работы с текстом, такие как заголовки и подзаголовки, колонтитулы, врезки, различные размеры шрифта, выделения шрифта, фрагменты текста или краткие самостоятельные тексты, располагаемые на фоне или в рамке внутри основного текста, призваны привлечь внимание к публичному докладу и улучшить его восприятие читателем;
- графики и диаграммы должны быть выполнены в едином стиле (это касается шрифта, цвета, размера, графических и текстовых элементов);
- фотографии должны служить средством иллюстрации, привлекающим внимание и формирующим эмоциональное отношение к тексту доклада, их количество не должно быть чрезмерным.

Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины

Основная литература

				Кол-во экземпляров	
№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	<u>Неотложная доврачебная медицинская помощь</u> : учеб. пособие	И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	100	
2	<u>Основы реаниматологии</u> [Электронный ресурс] : учеб. для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970433645.html	С. А. Сумин, Т. В. Окунская	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	

Дополнительная литература

				Кол-во экземпляров	
№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	<u>Организация специализированного сестринского ухода</u> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431979.html	Н. Ю. Корягина, Н. В. Широкова, Ю. А. Наговицына [и др.] ; ред. З. Е. Сопина	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	

2	Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432563.html	Н. В. Широкова, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	
3	<u>Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи</u> : учеб. пособие	Э. В. Смолева ; ред. Б. В. Кабарухин	Ростов н/Д : Феникс, 2016.	150	
4	<u>Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Практикум</u> [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://e.lanbook.com/view/book/74293/	Т. П. Обуховец ; ред. Б. В. Кабарухин	Ростов н/Д : Феникс, 2015.	ЭБС Лань	

Электронные ресурсы:

ЭБС КрасГМУ «Colibris»;

ЭБС Консультант студента ВУЗ

ЭБС Консультант студента Колледж

ЭМБ Консультант врача

ЭБС Айбукс

ЭБС Букап

ЭБС Лань

ЭБС Юрайт

СПС КонсультантПлюс

НЭБ eLibrary