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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход при хирургических заболеваниях.

Ф.И.О. Абдужалилова Кундузой Юлдашбаевна

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

с «07»декабря 2020г. по «12» декабря 2020г.

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность) Филенкова Надежда Леонидовна (преподаватель)

Красноярск 2020

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

2. Знания, умения, практический опыт, которыми должен овладеть обучающийся после прохождения практики

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (текстовой)

9. Приложения

**Цель учебной** практики по МДК 02. 01. «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях» раздел «Сестринский уход при хирургических заболеваниях» состоитв закреплении и совершенствовании приобретенных в процессе обучения на практических занятиях профессиональных умений, формировании компетенций обучающихся по профессиональной деятельности медицинской сестры.

**Задачи:**

1. Ознакомить с организацией работы медсестры хирургического стационара (перевязочного, процедурного кабинета, медицинского поста).
2. Обучить студентов оформлению медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни и т.д.)
3. Закрепить практическиеумения студентов при наложениибинтовых и шинных повязок, в использовании и практическом применении кровоостанавливающего жгутаЭсмарха.
4. Закрепить практическиеумения студентов при работе со стерильным столом, хирургическими инструментами и соответствующими наборами инструментов.
5. Закрепить практическиеумения студентов при работе с чистыми и гнойными ранами, искусственными стомами, при туалете подключичного катетера и катетеризации мочевого пузыря (у женщин).
6. Углубить теоретические знания и практические умения по уходу в периоперативном периоде.
7. Сформировать навыки общения со студентами своей и смежных групп с учетом этических норм и знаний медицинской деонтологии.

**В результате учебной практики обучающийся должен**

**Приобрести практический опыт:**

* в соблюдении лечебно – охранительного и санитарно-эпидемического режима в хирургическом отделении;
* в осуществлении сестринского ухода за пациентами с хирургической патологией;
* в обучении пациента и его близких, вопросам организации ухода за пациентами в периоперативном периоде и обеспечению безопасной среды.

**Освоить умения:**

* проводить оценку физического и функционального состояния пациента;
* осуществлять наложение мягких бинтовых повязок (в том числе окклюзионную) на различные участки тела;
* останавливать артериальное и венозное кровотечение, используя жгут или другие подручные средства;
* проводить обработку любой раневой поверхности, с соблюдением принципов асептики;
* организовать прием хирургических больных;
* готовить все необходимое для определения групповой принадлежности крови у хирургических пациентов;
* оказывать первую медицинскую помощь при различных травмах и неотложных состояниях;
* осуществлять паллиативную помощь у инкурабельных пациентов с хирургической патологией;
* оформлять медицинскую документацию;
* накладывать транспортные шины на верхнюю и нижнюю конечность;
* накрывать стерильный стол в операционной, перевязочной и процедурном кабинете, одевать стерильную одежду на себя и врача;
* готовить к стерилизации, укладывать в бикс и стерилизовать операционное белье, перевязочный материал и хирургические инструменты;
* утилизировать использованный расходный материал;
* осуществлять уход за подключичным катетером, стомами;
* готовить наборы хирургического инструментария для различных вмешательств;
* осуществлять катетеризацию мочевого пузыря пациентов;
* готовить пациента к различным лабораторным и инструментальным методам обследования.

**Знать:**

* организацию работы хирургического отделения и ее подразделений (операционного блока, перевязочногои процедурного кабинета, палаты интенсивной терапии),график их работы;
* технику безопасности на рабочем месте;
* приказы МЗ. РФ. ГОСТыи ОСТы, регламентирующие деятельность медицинской сестры в хирургическом отделении;
* реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях хирургического стационара;
* меры по профилактике ВБИ в хирургии и у хирургических больных;
* принципы смены нательного и постельного белья, ухода за кожей и слизистыми, профилактику пролежней у послеоперационных больных;
* роль сестринского персонала при проведении ухода за послеоперационными больными;
* правила наложения мягких бинтовых повязок, временной остановки кровотечений и профилактики аллергических реакций;
* мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в хирургическом отделении;
* этапы периоперативного периода, характеристику каждого этапа и требования, предъявляемые к медицинской сестре на каждом этапе работы;
* принципы ухода за пациентамисо стомой;
* принципы ухода за венозным катетером;
* подготовку пациента к различным лабораторным и инструментальным методам обследования.

**Тематический план**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов практики** | **Количество часов** |
| **1.** | **Колледж** | **30** |
| **1.1** | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация. | **4** |
| **1.2** | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования.  Наложение мягких бинтовых и безбинтовых повязок на различные анатомические области | 4 |
| **1.3** | Наложение транспортных шин при оказании ПМП | 4 |
| **1.4** | Сбор хирургических наборов (инструментов) при различных хирургических вмешательствах, Наборы для спинномозговой пункции, новокаиновой блокады, плевральной пункции и определения групповой принадлежности крови. | 8 |
| **1.5** | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | 4 |
| **1.6** | Обработка чистых, гнойных ран. Туалет подключичного катетера иискусственныхстом. | 8 |
| **Вид**  **аттестации** | Итоговое занятие | 4 |
| **итог** |  | **36** |

**Инструктаж по технике безопасности**

С инструкцией № 331 по охране труда для студентов фармацевтического колледжа ознакомлен

Дата 07.12.2020г. Роспись Абдужалилова К.Ю

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **07.12.2020г.** | **Учебная практика №1**  **Тема: «Изучение нормативных документов и приказов МЗ РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук; одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация»**  **Задание:**  **1.Опишите обязанности медсестры оперблока, перевязочного и процедурного кабинета.** *Должностные обязанности операционной медицинской сестры:* **1.** Осуществляет подготовку операционной, участников хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, шовного и перевязочного материалов, аппаратуры к проведению операции.  **2**. Проводит контроль за своевременностью транспортировки пациента, а также за путями движения хирургической бригады в соответствии с зонами стерильности в операционном блоке.  **3**. Обеспечивает инфекционную безопасность пациента и медицинского персонала, а также обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной.  **4.** Подготавливает пациента к операции: создает необходимую хирургическую позицию на операционном столе, обрабатывает операционное поле, обеспечивает изоляцию операционного поля.  **5**. Участвует в хирургических операциях, обеспечивает членов хирургической бригады необходимым инструментарием, материалами, аппаратурой.  **6**. Осуществляет ранний послеоперационный уход за пациентом, профилактику послеоперационных осложнений.  **7**. Осуществляет контроль за своевременным направлением на [гистологическое](https://pandia.ru/text/category/gistologiya/)и [бактериологическое](https://pandia.ru/text/category/bakteriologiya/) исследование биологического материала, взятого во время операции у пациента.  **8**. Проводит количественный учет используемого инструментария, шовного и перевязочного материалов, белья, лекарственных средств и аппаратуры.  **9**. Выполняет первичную дезинфекционную обработку используемого инструментария, материалов и аппаратуры.  **10**. Проводит контроль стерилизации белья, перевязочного и шовного материалов, инструментария и аппаратуры.  **11**. Осуществляет подготовку и контроль эксплуатации аппаратуры, находящейся в операционной.  **12**. Пополняет расходные материалы.  **13**. Ведет медицинскую документацию.  **14**. Оказывает доврачебную помощь при неотложных состояниях.  **15**. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.  **16.** Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.  **17**. Систематически повышает свою квалификацию. *Обязанности перевязочной медицинской сестры*  * Обеспечивать поддержание порядка работы и санитарногигиенического режима в перевязочной. * Готовить перевязочный материал, складывать в биксы и доставлять его на стерилизацию в автоклав. * Проводить очистку использованных хирургических инструментов, подготавливать их к стерилизации и стерилизовать в сухожаровом шкафу. * Накрывать стерильный стол с перевязочным материалом и инструментами. * Помогать врачу во время перевязок. * Накладывать повязки больным. * Руководить работой перевязочной санитарки.   *Обязанности медицинской сестры процедурного кабинета*  Основными обязанностями процедурной медсестры является правильная организация работы кабинета и выполнение назначенных процедур. В соответствии с данными задачами процедурная медсестра обязана:  1. Выполнять манипуляции только по назначению врача.  2. Начинать работу только после подготовки кабинета к выполнению процедур, тщательной подготовки инструментария.  3. Соблюдать последовательность выполнения процедур в соответствии почасовым графиком работы.  4. Строго соблюдать требования асептики и антисептики при выполнении процедур.  5. В течение работы поддерживать необходимый порядок, соответствующую культуру работы и санитарное состояние.  6. Строго соблюдать технологию проведения процедур и манипуляций: а) внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций; б) внутрикожных проб; в) взятие крови из вены для диагностических исследований; г) проведение (под контролем врача): • переливание крови, кровезаменителей; • постановка систем и введение лекарств капельным методом; д) подготовка медикаментов материалов для взятия диагностической биопсии и спинномозговой пункции; е) подготовка инструментария к стерилизации; ж) подготовка стерильного материала к проведению процедур.  7. Немедленно ставить в известность врача об осложнениях, связанных с проведением манипуляций и проведением процедур в кабинете, владеть методами оказания доврачебной помощи. Готовить необходимый набор инструментов и материалов и ассистировать врачу при проведении других манипуляций в данном кабинете.  8. Качественно вести документацию процедурного кабинета.  9. Ежедневно делать отметки в местах врачебных назначений о выполненных процедурах.  10. Строго соблюдать санитарно-эпидемиологический режим кабинета, носить спецодежду, соответствующую требованиям процедурного кабинета.  11. Своевременно пополнять кабинет необходимым количеством инструментария, медикаментов, другого необходимого для работы в течение круглых суток набора растворов, препаратов, инвентаря, антисептиков.  12. Владеть технологией постановки проб на скрытую кровь.  13. Осуществлять ежедневный контроль за наличием необходимого количества лекарственных препаратов в аптечке для оказания экстренной и неотложной помощи .  14. Своевременно проходить инструктаж по применению новых дезинфицирующих средств и антисептиков.  15. Осуществлять контроль за работой санитарки.  16. Соблюдать требования по проведению стерилизации в сухожаровом шкафу и ведение соответствующей документации.  17. Обеспечить контроль за рациональным использованием инструментария кабинетов, правильный учет, своевременное получение стерильного материала из автоклавной , правильную их транспортировку. Своевременно проводить замену пришедшего в негодность медоборудования, инструментария.  18. Обеспечить правильные условия хранения лекарственных препаратов, дезинфицирующих растворов в кабинете.  19. Соблюдать правила внутреннего распорядка, техники безопасности, противопожарной безопасности на своем рабочем месте, в рабочее время не отлучаться с отделения без ведома старшей медсестры, не оставлять процедурный кабинет, уходя домой не запертым на ключ. Сдавать ключи палатной медсестре поста, ответственного за работу кабинета в вечернее или ночное время.  20. Постоянно совершенствовать свои медицинские знания путем чтения специальной литературы, общебольничных сестринских конференциях, лекциях, не реже чем через 5 лет проходить циклы специализации и усовершенствования на курсах повышения квалификации, принимать участие в подготовке медсестер отделения для работы в процедурном кабинете.  21. Проходить регулярно диспансеризацию по существующим нормативным документам.  **2.Опишите и продемонстрируйте хирургическое и гигиеническое мытье рук**  *Хирургическая обработка рук состоит из двух этапов:*  *1 этап*– механическая очистка рук.  Руки моются с мылом в течение одной минуты.  Порядок мытья рук.   * Ладонь к ладони; * Правая ладонь над тыльной стороной левой; * Левая ладонь над тыльной стороной правой; * Ногтевые ложа; * Ладонь к ладони, пыльцы одной руки в межпальцевых промежутках другой; * Вращательное трение больших пальцев; * Вращательное трение ладоней.   Каждое движение повторяется 5 раз.  Затем руки тщательно ополаскиваются теплой водой и насухо промокаются стерильной салфеткой.  *2 этап*– дезинфекция рук кожным антисептиком.  80% раствор этилового спирта как кожный антисептик при хирургической обработке рук не используется.  Техника обработки рук кожным антисептиком**.**  +Руки протираются салфеткой (7х7), смоченной кожным антисептиком от кончиков пальцев до локтя. Особенно тщательно протираются ногтевые ложа, между пальцами и основание большого пальца. Руки протираются двукратно, разными стерильными салфетками по 1,5 мин, а в сумме – 3 минуты.  Перчатки надеваются только на стерильные и на сухие руки. Перчатки одноразовые.  После снятия перчаток руки протираются салфеткой (7х7), смоченной кожным антисептиком, затем моются с мылом, тщательно ополаскиваются и смягчаются кремом.  При использовании спирт содержащих кожных антисептиков их можно по 2,5 – 3,0 мл втирать в кожу кистей рук и предплечий в течение 5 мин. до полного высыхания, затем на сухие руки надевают стерильные перчатки.  *Алгоритм действия при гигиенической обработке рук.*  1. Снять все кольца с рук (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микроорганизмов).  2. Сдвинуть часы выше запястья или снять их.  3. Области под ногтями вычистить приспособлением для чистки ногтей под проточной водой.  4. Нанести на руки 3-5 мл жидкого мыла или тщательно намылить руки брусковым мылом.  5. Вымыть руки, используя следующую технику:  - энергичное механическое трение ладоней (повторить 5 раз);  - правая ладонь растирающими движениями моет тыльную сторону левой кисти, затем левая ладонь моет тыл правой кисти (повторить 5 раз);  - ладонь к ладони, пальцы одной руки в межпальцевых промежутках другой (повторить 5 раз);  - тыльная сторона пальцев к ладони другой руки (пальцы переплетены - повторить 5раз);  - чередующее вращательное трение больших пальцев одной руки ладонями другой, ладони сжаты (повторить 5 раз);  - переменное трение ладони одной руки сомкнутыми пальцами другой руки (повторить)  6. Промыть руки под проточной водой, держать их так, чтобы запястья и кисти были ниже уровня локтей и чтобы избежать загрязнения от прикосновения с раковиной, халатом и другими предметами.  7. Закрыть кран, берясь за него только через бумажное полотенце, так как он может быть источником загрязнения.  8. Просушить руки стерильной марлевой салфеткой.  8. Тщательно обработать кожу рук в течение 2-3 минут 2-мя тампонами, смоченными 70% спиртом или спиртосодержащим кожным антисептиком, обладающим вирулицидным действием (не менее одной минуты на каждую руку) или нанести на ладонные поверхности 5-8 мл 70% этилового спирта или спиртосодержащим кожным антисептиком, обладающим вирулицидным действием и втирать в кожу в течение 2 минут.  9. Использованные шарики выбросить в емкость для дезинфекции.  10. Надеть перчатки согласно алгоритму действий.  **3.Опишите и продемонстрируйте одевание стерильной одежды и перчаток.**  Надевание стерильной одежды  1. Надеть соответствующую форму одежды (костюм, маску шапочку).  2. Снять все предметы с рук (кольца, часы).  3. Вымыть руки с мылом под проточной водой до локтевого сгиба,дважды намыливая их жидким мылом, высушить руки разовой салфеткой или индивидуальным полотенцем.  4. Проверить бирку стерилизации бикса.  5. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.  6. Обработать руки одним из хирургических способов.  7. Открыть бикс ножной педалью подставки.  8. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.  9. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.  10.Развернуть края пеленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.  11.Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.  12.Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.  13.Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.  14.Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.  15. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.  16.Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и развертывает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.  17.Без посторонней помощи надеть стерильные перчатки так: первым и вторым пальцами правой руки захватить изнутри отвернутый (в виде манжеты) край левой перчатки и натянуть ее на левую руку. Затем пальцы левой руки (в перчатке) провести изнутри под отворот тыльной поверхности правой перчатки, натянуть ее на правую руку и, не меняя положения пальцев, отвернутый край перчатки возвратить на место. Таким же образом поступить с отвёрнутым краем левой перчатки.  **4.Опишите алгоритм накрытие стерильного стола.**  Накрытие стерильного стола  1.Стерильный стол накрывается перед началом смены, на 6 часов. Малый операционный стол накрывается на одну операцию.  2. Стерильный стол должен отстоять от окна не менее 2 метров и от стены на 30-50 см.  3. Стерильный стол должен быть изготовлен из металла или покрыт пластиком, чтобы хорошо обрабатывался.  4. Размеры стола должны быть не менее 1,5 м.  5. Стол накрывается стерильными руками, а со стола изделия берутся сухим стерильным пинцетом.  6. Стерильный пинцет хранится в сухой стерильной емкости, накрытый стерильной салфеткой в течение 2 часов.  7. Высота стерильного стола должна быть на уровне пояса медицинской сестры.  Перед накрытием стерильный стол протирается двукратно с интервалом 15 мин. рабочим дезинфицирующим раствором. Стол протирается в одном направлении сверху вниз. Для обработки стола выделяются две ветоши и емкость с маркировкой «обработка стерильного стола».  К задней ножке ниже уровня простыни слева прикрепляется бирка, где проставляется дача, час накрытия стерильно стола и роспись медицинской сестры, накрывшей стол. Стол накрывается восемью слоями простыней – четыре верхних слоя и четыре нижних.  Простыни свисают от края стола на 15-30 см, а с рабочей стороны верхняя простынь должна быть выше нижней, чтоб предупреждает контаминацию микробами инструментов и внутренних поверхностей простыни. С тыльной стороны слои простыней скрепляют бельевыми цапками. Боковые корнцанги с передней стороны крепятся только к верхним слоям простыней и служат для приподнимания переднего края простыни, когда необходимо взять нужный инструмент.  При открывании верхней простыни, простынь укладывается «гармошкой», что предупреждает инфицирование стерильной поверхности простыни.  Стерильные инструменты раскладывают, отступая на 10 см от края стола, что предупреждает инфицирование инструмента. Стерильный инструмент со стерильного стола берется только сухим стерильным пинцетом, который хранится в стерильном лотке, накрытым стерильной салфеткой.  Стерильный лоток со стерильным пинцетом хранится на тумбочке, стоящей недалеко от стерильного стола. Стерильный лоток со стерильным пинцетом меняется через 2 часа.  **5.Опишите принципы соблюдения лечебно-охранительного и санитарно-эпидемиологического режима хирургического стационара.**  Лечебно-охранительный режим заключается в следующем:   * внешнее преобразование больничной среды; * продление естественного ночного сна; * защита пациента от отрицательных эмоций и болевых ощущений; * дополнение режима покоя физической активностью (лечебная физкультура) и улучшение нервно-психического тонуса.   Атмосфера лечебно-профилактической организации направлена на то, чтобы наиболее полно обеспечить больному психический и физический покой. Она должна способствовать преодолению явлений госпитализма — страха и беспокойства перед манипуляциями и операциями, переживаний, связанных с расставанием с родными и близкими, непривычной обстановкой, затруднительной адаптацией к новой среде, окружающему медицинскому персоналу, соседям по палате. Создание в лечебно-профилактических организациях комфортных условий, отвечающих современным гигиеническим требованиям, способствует адаптации к новым условиям и скорейшему выздоровлению.  Большую роль в этом играют следующие факторы: чистота; освещение; температура воздуха; тишина; тактичность медперсонала; внимательное и предупредительное отношение к запросам пациента; уютная обстановка и др.  Лечебно-охранительный режим включает:   * санитарно-гигиенический режим медицинских учреждений с установленными нормами по устройству и расположению участка больницы, ее корпусов и внутренней отделке помещений, оборудованию палат, мебели, а также с выполнением требований к освещению, вентиляции, санитарному состоянию территории; * санитарно-противоэпидемические мероприятия, ориентированные на профилактику распространения внутрибольничной инфекции, обеспечение санитарногигиенического режима в отделениях; комплекс мер по дезинфекции предметов ухода за пациентами; * мероприятия по обеспечению личной гигиены больных и персонала; * индивидуальный режим дня пациента; * медицинскую этику и деонтологию; * больничный режим.   Эффективность лечения во многом зависит от правил внутреннего распорядка в отделении. Их строгое соблюдение способствует созданию физического и психического комфорта для пациентов, улучшает взаимопонимание между больными и медицинским персоналом.  При правильно организованном режиме все лечебнодиагностические процедуры проводятся своевременно, обеспечивается полноценный отдых больных, их нормальное питание. При поступлении пациента в отделение медицинская сестра обязана ознакомить его с правилами внутреннего распорядка и необходимостью их соблюдения.  В зависимости от тяжести состояния каждому пациенту назначается индивидуальный режим: строгий постельный, постельный, полупостельный, общий.  Строгий постельный режим: пациенту запрещается вставать, садиться, переворачиваться и активно двигаться в постели. Медсестра обеспечивает такому пациенту полные уход и помощь при физиологических отправлениях, следит за соблюдением режима и правил личной гигиены.  Постельный режим: разрешено поворачиваться в постели, запрещено вставать. Медсестра помогает пациенту в проведении гигиенического туалета, при кормлении.  Постельный режим: пациенту разрешено передвигаться по палате, сидеть на стуле. Питание при таком режиме происходит в палате. Гигиенические мероприятия пациент проводит самостоятельно или с помощью медсестры.  Общий режим: пациент может передвигаться по отделению, самостоятельно проводить гигиенические мероприятия, ему разрешены прогулки по территории больницы. Для пациентов с общим режимом следует позаботиться об организации досуга, который поможет отвлечься от тревожных мыслей. С этой целью организуют библиотеки, настольные игры, прогулки в больничном парке, устанавливают в коридорах телевизоры.  Деятельность медицинской сестры в хирургии связана не только с большим нервно-эмоциональным напряжением, но и с огромной ответственностью, которая ложиться на плечи, и требует строжайшего соблюдения различных приказов МЗ РФ и других документов, регламентирующих ее деятельность.  Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.  Санитарные правила предназначены для юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и осуществляющих медицинскую деятельность, и обязательны для исполнения на территории Российской Федерации.  Медицинская деятельность подлежит лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарноэпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления деятельности.  Медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.  Администрация обязана организовать производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторноинструментальных исследований и измерений в соответствии с действующими нормативными документами. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **08.12.2020г.** | **Учебная практика №2**  Тема: «Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и безбинтовых повязок на различные анатомические области».  Задание:  **1.Опишите меры профилактики ВБИ в хирургическом стационаре.**  Профилактика внутрибольничной (госпитальной) инфекции Заболевания, осложнения, обусловленные инфицированием больного во время его пребывания в хирургическом стационаре.  Особенности госпитальной инфекции:  возбудители – условно-патогенные микробы, сапрофирующие на коже, слизистых оболочках носа, носоглотки, дыхательных путей, половых органах бациллоносителей; чаще всего это стафилококк, кишечная и синегнойная палочки, протей;  возбудители устойчивы к антибиотикам и антисептикам;  причина возникновения – снижение иммунитета у пациентов вследствие заболевания или операции;  массовость поражений, вызванных одним штаммом микроба;  единообразие клинических симптомов у пациентов.  Меры профилактики госпитальной инфекции:  сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре за счет хорошей предоперационной подготовки;  ранняя выписка пациентов с долечиванием в поликлинике;  заполнение палат пациентами с приблизительно одинаковыми сроками пребывания в стационаре;  обоснованное назначение антибиотиков;  регулярная смена антисептиков и антибиотиков на отделении;  регулярное закрытие хирургических стационаров на проветривание (по графику), особенно гнойных отделений и при вспышке госпитальной инфекции.  Успех операции зависит от качества подготовки больного к операции, помощи хирургам во время операции, ухода за больным в послеоперационном периоде вплоть до восстановления трудоспособности. На всех этапах лечения медицинская сестра постоянно контактирует с пациентом, выявляет и решает его проблемы, осуществляет сестринский уход.  **2.Опишите роль медсестры при уходе за послеоперационным больным.**  Обследование пациента в палате послеоперационного наблюдения (отделении реанимации).   * Идентификация неотложных мероприятий по купированию боли. Зарегистрируйте субъективный уровень боли и мероприятия по ее устранению на момент исследования. * Отметьте в сестринской истории общий вид больного, habitus, положение, наличие гипергидроза, цвет [кожных покровов](https://medikl.ru/the-skin-is-getting-darker-on-the-fingers-definition-of-diseases-by-external-signs-of-a-person.html). Наличие нарушений потребует принятия незамедлительных мер.   3 Оцените алертность и уровень сознания пациента. Пациент должен полностью осознавать происходящее, находясь в сознании, за исключением изменений сознания, вызванных применением анальгетиков (наркотических), предшествующего сниженного уровня сознания, продленной анестезии или осложнений после анестезии.   * Исследуйте у пациента пульс и АД; сравните с предшествующими данными. Зарегистрируйте значимые отклонения. Сравнение необходимо для обнаружения симптомов возможных осложнений, в частности падения АД, свидетельствующего о гиповоле- мическом шоке. * Проведите термометрию. Зарегистрируйте значимое снижение или повышение температуры. Это позволяет оценить ответные на операцию реакции пациента. Температура тела часто незначитель-| но повышается в первые 24-48 часов после операции. Если температура повышается выше 37,5°С, необходимо заподозрить наличие инфекции. * Идентифицируйте респираторный статус; дыхание должно быть ровным и спокойным. Исследуйте частоту, глубину и качество дыхания пациента; сравните с предшествующими данными. * Проауекультируйте легкие пациента для идентификации появления жидкости или констрикции бронхов. * Проинспектируйте внутривенное введение растворов (тип растворов, емкость флаконов, необходимые дополнительные лекарственные вещества, скорость введения в каплях/мин либо данные инфу- затора). Тщательно осмотрите место внутривенного введения для обнаружения симптомов осложнений (покраснения, припухлости, потери чувствительности). Проверьте соответствие инфузионной терапии предписаниям врача. Измерьте и задокументтфуйте ЦВД (центральное венозное давление). В последующем проводите эти измерения регулярно и при подозрении на нарушение водного баланса. * Проинспектируйте операционную рану (если снята повязка). Отметьте состояние и сопоставление краев раны, состояние швов и близлежащих тканей; при наличии отделяемого раны - количество, цвет и консистенцию. В идеале сопоставление краев раны хорошее, отделяемое из раны отсутствует, швы интактны. Помните, что в раннем послеоперационном периоде часто отмечаются незначительные серозно-кровянистые выделения из раны. Это не является патологией. * Проинспектируйте повязку и отделяемое из раны более подробно. Посмотрите, не затекает ли отделяемое под пациента. Отметьте чем-либо зону отделяемого на повязке и позднее сравните, не увеличилась ли она. В идеальном случае повязка сухая и не повреждена. Даже небольшое количество серозно-кровянистого отделяемого должно быть отмечено е тем, чтобы увеличение количества его не осталось незамеченным. * Мониторинг дренажей. Проверьте все дренажи на нормальную проходимость. Отметьте количество, цвет и консистенцию отделяемого по дренажам. * Дренажи из раны; * Дренажи грудной клетки; * Назогастральный зонд (НГЗ); * Кишечный зонд; * Дренажи из желчевыводящих путей и печени; * Мочевой катетер.   По дренажам из раны оттекает серозно-кровянистая жидкость или чистая жидкость. По грудным дренажам - отделяемое еоответ- етвует целям их постановки. НГЗ дренирует содержимое желудка в случае, если операция была не на желудке. При операции на желудке первые 12 часов - кровянистое отделяемое, которое затем меняется на серозно-кровянистое, смешанное с желудочным соком. По дренажам из желчевыводящих протоков и печени отделяется желчь. По мочевому катетеру выделяется моча, если операция не на мочевом пузыре, в противном случае моча с примесью крови.   * Обеспечение дополнительных возможностей для мониторинга и терапии. Отметьте наличие других приспособлений, таких как: система для оксигенации, оборудование для постоянного мониторинга, и проверьте правильность их функционирования. * Мониторинг периферического кровообращения. Тщательно осмотрите и пропальпируйте кожные покровы туловища и конечностей пациента, отмечая их температуру и влажность. Это особенно важно при операциях на сосудах и ортопедических операциях. * Исследуйте периферический пульс, если папиент перенес операцию на сосудах или конечностях.   Целесообразно повторять вышеописанные мероприятия по следующему расписанию: 4 раза через каждые 15 минут, 4 раза через каждые 30 минут, 4 раза через час, затем через каждые четыре часа в случае, если пациент стабилен.  ***Осуществление послеоперационного ухода***   * Отрегулируйте внутривенное введение жидкости (количество, скорость введения) для поддержания достаточного поступления жидкости в организм и предупреждения гиперволемии. [Особое внимание](https://medikl.ru/numbness-of-the-large-what-to-do-if-your-thumb-grows-numb.html) обратите на биологически активные вещества (кровь и ее компоненты), а также растворы, используемые для парентерального питания. При необходимости тщательного соблюдения скорости введения подключите к системе внутривенного введения дозаторы (инфузаторы). Постоянно контролируйте их работу. Оценивайте состояние внутривенных катетеров и мест введения. * Для обеспечения адекватного дренирования и руководствуясь указаниями хирурга, подсоедините дренажи к емкости для сбора отделяемого или к активному аспиратору. * Осуществите перевязку. В обычной практике медсестра не меняет хирургическую повязку до тех пор, пока хирург не осмотрит операционную рану и не сделает соответствующих распоряжений. Промокшую повязку можно подбинтовывать дополнительным абсорбирующим материалом. Предупредите врача об этом, действуйте согласно полученным инструкциям. Промокающая повязка говорит о чрезмерном отделяемом. Она нуждается в замене, так как является питательной средой для микроорганизмов. Врач может провести ревизию раны для выявления причины либо дать указание медсестре произвести перевязку. * Проинструктировать пациента глубоко дышать и откашливать мокроту: это способствует улучшению воздухолроводимоети, улучшает газообмен, предотвращая закупорку бронхиол и альвеол. Проверьте, был ли пациент обучен дыхательным упражнениям во время предоперационной подготовки. При необходимости проведите’ обучение. Обмотайте на выдохе грудную клетку папиента полотен-! цем или простынею. Обматывание грудной клетки минимизирует! дискомфорт пациента, позволяя осуществлять форсированный я более эффективный кашель. * Предложите пациенту помочиться, если у пациента нет мочевого катетера. Анестезия подавляет процесс выведения мочи из организма. Ухудшается способность к спонтанному опорожнению I [мочевого пузыря](https://medikl.ru/vessels-and-nerves-of-the-pelvis-rectum.html). Застой мочи вызывает дискомфорт и повышай | риск развития урогенитальной инфекции. Нарушение диуреза способствует кумуляции в организме вводимых водорастворимых лекарственных препаратов. * Установите, какое положение является для пациента безопас-1 ным. Если пациент алертен и в сознании н нет противопоказаний, 1 придайте ему комфортное положение. В противном случае устанЯ вите, какое положение является наиболее безопасным. * Поднимите ограничители кровати и проконтролируйте работ}" доступной пациенту системы экстренного вызова. * Постоянно контролируйте качество анальгезии. Поощряйте! пациента сообщать о появлении [болевых ощущений](https://medikl.ru/blackened-his-fingernail-on-the-little-finger-legs-what-to-do-causes-of-pain.html). Боль может иметь непосредственное отношение к дыхательной гимнастике, | мочеиспусканию и изменению положения тела в постели, * Сообщите значимым для пациента людям о том, что пациент I переведен из операционной в отделение (либо в отделение реани-1 мации). Пригласите их посетить пациента, если это позволяет его I состояние и желание. В случае если пациент переведен в отделение I реанимации, разъясните родственникам, что такова обычная прак-1 тика раннего послеоперационного периода в данном лечебном учреждении и посещение пациента будет возможно при переводе I его в хирургическое отделение. Предоставьте семье эмоциональную | поддержку: это снижает тревожность семьи в отношении состояния I здоровья пациента. * Обеспечьте пациенту возможность полноценного отдыха, I тщательно спланировав все вмешательства.   *Обучение пациента и лиц, предоставляющих уход, навыкам ухода в домашних условиях (после выписки)* В течение всего [сестринского процесса](https://medikl.ru/the-role-of-the-nursing-process-in-the-prevention-of-postoperative-complications-nursing-aimed-at-the-prevention-of-postoperative-complications.html) в послеоперационном периоде медсестра осуществляет подготовку пациента к выписке. Учитывая, что организм пациента в большей или меньшей степени страдает от хирургического вмешательства, необходимо заранее определить круг лиц, которые будут оказывать помощь пациенту в амбулаторных условиях. Чаще всего этими людьми являются члены семьи, хотя в ряде случаев круг участников сестринского процесса будет расширяться за счет друзей, волонтеров, работников социальных служб и т. д. Для полноценного ухода необходимо к моменту выписки определить перечень навыков, необходимых для усвоения самим пациентом и его близкими, и предоставить достаточную помощь в обучении. Кроме того, целесообразно определить ту медицинскую структуру, которая будет оказывать пациенту [медицинскую помощь](https://medikl.ru/first-aid-skills-drowning-and-sunstroke.html) после выписки (поликлиника, офис семейного врача), связаться с будущим куратором для передачи информации к обеспечения преемственности сестринской помощи. Ниже перечислены те темы, которые необходимо вводить в план обучения.   1. Мониторирование температуры и пульса. Следует помнить, что тахикардия может быть признаком кровотечения. Определение признаков лихорадки, свидетельствующих об инфекции. 2. Поощрение глубокого дыхания и кашля через регулярные интервалы времени для предупреждения накопления мокроты, развития застойных явлений. 3. Регулярный осмотр повязки. Предложите пациенту очертить зону, пропитанную отделяемым; если зона пропитывания через час увеличилась, необходимо немедленно связаться с куратором. 4. Мониторирование выделения мочи. Оказывающий помощь должен связаться с куратором, если пациент не может помочиться в течение согласованного с врачом времени, зависящего от характера вмешательства. 5. Контроль процесса нормализации работы кишечника. 6. Постепенное увеличение потребления пищи и жидкости. Обучение симптомам готовности к увеличению рациона и симптомам потенциальной гастроинтестинальной блокады. Предложите пациенту проконсультироваться с медсестрой, компетентной в области диетологии. Предупреждение гастроинтестинальной обструкции в случае нарушения нормальной перистальтики (парез кишечника). 7. Расширение двигательного режима. Предупреждение осложнений, связанных с неподвижностью, возвращение к нормальной жизни. 8. Перевязки и контроль процесса заживления раны. 9. Помощь пациенту в возвращении к независимому самообслуживанию во всех сферах жизни в максимально возможной степени. Установление и подкрепление позитивной Я-концепции.     **3.Опишите и продемонстрируйте алгоритм повязок:**  **-окклюзионной,**  Показания: острый пневмоторакс, закрытый пневмоторакс (при транспортировке может перейти в открытый).  Необходимый инструментарий   1. раствор антисептика 2. стерильные салфетки 3. воздухонепроницаемая ткань (клеенка, целлофан, ИПП) 4. ватно-марлевые подушечки ИПП 5. бинт   Последовательность действий  1. Придать пациенту полусидячее положение лицом к себе, успокоить.  2. Надеть резиновые перчатки.  3. Осмотреть место травмы, убедиться в наличие открытого пневмоторакса.  4. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции.  5. Обработать кожу вокруг раны раствором антисептика.  6. Наложить на рану стерильные салфетки или подушечки индивидуального пакета.  7. Зафиксировать перевязочный материал двумя-тремя турами бинта.  8. Положить свержу воздухонепроницаемую ткань или прорезиненную внутреннюю оболочку ИПП.  9. Закрепить циркулярными турами бинта  10. Закончить бинтование, концы бинта приколоть булавкой или завязать на узел. Примечание. Необходимо убедиться в эффективности повязки: повязка сухая, не промокает, хорошо держится, подсоса воздуха в плевральную полость нет.  **-Дезо**  Оснащение: бинт шириной 20 см, ватно-марлевый валик, ножницы, булавка или лейкопластырь.  1.Повязку Дезо накладывают после предварительного вкладывания в подмышечную впадину валика из ваты, обернутого марлей. После осторожно согнуть поврежденную конечность в локтевом суставе, привести и прижать к груди.  2. Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.  3. Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.  4. Опустить бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.  5. Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны. Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье.  6. Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье. Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны. Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.  7. Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины. Заколоть конец повязки булавкой. Если повязка наложена на длительное время, туры бинта следует прошить.  Примечание: Закрепляющий тур бинта всегда проводят к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая им плечо к грудной клетке. При наложении повязки на левую руку ходы бинта идут слева направо, а при бинтовании правой руки - справа налево, руке придают согнутое положение в локтевом суставе под прямым углом, локоть отводят несколько назад, а плечо в процессе бинтования приподнимают кверху.  **-на коленный сустав,**  Показание: раневая поверхность в области коленного сустава.  Оснащение: бинт шириной 20 см.  Последовательность действий при наложении черепашьей повязки на коленный сустав  1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.  2. Согнуть коленный сустав под углом 160 градусов  3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта в правую  4. Приложить бинт к коленному суставу  5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг коленного сустава  6. Перевести бинт с коленного сустава на нижнюю треть бедра  7. Пересечь сгибательную поверхность коленного сустава и перейти на верхнюю треть голени  8. Перевести бинт с голени через подколенную ямку на бедро, прикрывая предыдущий тур на ½  9. Перевести бинт с бедра через подколенную ямку на голень, прикрывая предыдущий тур на ½  10.Вести бинт попеременно на бедро и голень, перекрещиваясь в подколенной ямке.  11.Закрепить повязку в нижней трети бедра.  12.Разрезать конец бинта и завязать концы на узел.  **-на голеностопный сустав,**  Алгоритм выполнения навыка:  1) Встать лицом к пациенту.  2) Придать конечности среднефизиологическое положение.  3) Повязку начинают циркулярным ходом на голени, выше лодыжек (фиксирующий тур), затем бинт косо спускают на тыл стопы, делают оборот вокруг неё. Далее бинт поднимают вверх, пересекая по тыльной поверхности стопы предыдущий тур, и обводят вокруг задней полуокружности голени.  4) Ходы бинта повторяют 5-6 раз. Закрепляют повязку циркулярным ходом у лодыжек.  5) Правильно наложенная повязка должна удовлетворять следующим  требованиям: не нарушать лимфо- и кровообращения, быть удобной для больног  **- «варежка»,**  Оснащение:   1. бинт шириной 8-10 см., 2. салфетки, шприц и игла, 3. анальгетик, 4. лоток, 5. шарики, 6. перчатки, 7. антисептик.   Последовательность выполнения повязки варежка:  1. Усадить больного, стать к нему лицом (контролировать его состояние).  2. Обезболить.  3. Сделать 2-3 циркулярных закрепляющих тура в области запястья.  4. Перегнуть бинт на 90° на тыльной поверхности кисти.  5. Вести бинт по тыльной поверхности к кончикам пальцев, перейти на ладонную поверхность, дойти до запястья.  6. Повторить действия три-четыре раза, прикрывая 4 пальца одновременно.  7. Круговым туром в области запястья закрепить предыдущие туры, предварительно перегнув бинт на 90°.  8. Бинт вести по тыльной поверхности к кончикам пальцев, обвивая спиральными ходами, идущими до основания пальцев.  9. Бинт через тыл кисти вернуть на запястье. Круговым туром закрепить предыдущие туры.  10.На первый палец наложить колосовидную повязку.  11.Повязку закончить циркулярными турами в области запястья и завязать.  Примечание: · Чтобы пальцы не слипались боковыми поверхностями, между ними кладут марлевые салфетки. · Повязка «варежка» может быть дополнена косыночной повязкой для иммобилизации конечности.  **- «перчатка».**  накладывается при ожогах, ранениях и воспалительных заболеваниях пальцев кисти.  Оснащение: почкообразный тазик со стерильными салфетками, пинцетом. Стандартный бинт шириной 3-5 см, ножницы.  Последовательность действий:   * встать лицом к пациенту и повернуть его кисть ладонью вниз; * наложить стерильные салфетки на раны пальцев; * сделать первый циркулярный (фиксирующий) тур вокруг запястья; * начинать повязку на левой руке с пятого пальца, а на правой - с большого пальца; * провести второй тур косо по тыльной поверхности кисти к ногтевой фаланге соответствующего пальца; * сделать несколько туров вокруг пальца от его конца до основания; * возвращаться от основания пальца по тылу кисти на запястье; * сделать циркулярный тур вокруг запястья и вести бинт к ногтевой фаланге следующего пальца. Чередовать ходы бинта, пока не забинтуются все пальцы. Фиксировать повязку циркулярным туром на запястье. Излишки бинта срезать ножницами |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **09.12.2020г.** | **Учебная практика №3**  **Тема: «Наложение транспортных шин при оказании ПМП»**  **Задание:**  **1.Опишите основные принципы транспортной иммобилизации.**   * шина должна захватывать два, а иногда (нижняя конечность) и три сустава; * при иммобилизации необходимо по возможности придать конечности физиологическое положение; * при закрытых переломах до окончания иммобилизации произвести легкое осторожное вытяжение конечности по оси; * при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно; * при открытых переломах вправление отломков не производится, рану закрывают повязкой и иммобилизируют; * нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, необходима прокладка; * во время перекладывания больного, поврежденную конечность поддерживает помощник; * надо помнить, что неправильно выполненная иммобилизация может принести вред больному в результате дополнительной травматизации   **2.Перечислите и охарактеризуйте общую реакцию организма на травму.**  Общая реакция организма возможна при травмах с большими кровопотерями, при открытых повреждениях органов грудной и брюшной полостей. В основе общей реакции организма на травму лежит нарушение нейрогуморальной регуляции со стороны ЦНС и желез внутренней секреции. Клинически общая реакция организма на травму проявляется в виде коллапса, шока и обморока. Коллапс - Collapsus (лат.) - " упавший " - быстро возникающее, внезапное ослабление всех жизненно важных функций организма, особенно сердечной деятельности, что сопровождается резким падением артериального давления. Причины коллапса: травмы 50 с обильными кровопотерями и сильными болями. Коллапс также может быть при острых интоксикациях, стрессовых состояниях, мышечных переутомлениях. Клинические признаки характеризуются проявлением общей слабости, в результате чего животное ложится. Пульс учащенный, слабого наполнения (pulsus biliformis). Дыхание редкое, поверхностное. Отмечается бледность слизистых оболочек. Зрачки расширены. Понижаются общая температура и чувствительность. Конечности холодные. К лечению животных с признаками коллапса приступают немедленно. Во-первых, устраняют причину. Если коллапс вызван обильной кровопотерей, прибегают к остановке кровотечения. Если кровотечение наружное, то накладывают жгут, делают тампонаду, перевязывают сосуды. Повышают свертываемость крови путем введения внутривенно хлорида кальция, 1% -го раствора ихтиола (3мл на 1 кг живой массы). Если коллапс вызван интоксикацией, внутривенно вводят уротропин. Во-вторых, стараются повысить артериальное давление. Для этого вводят изотонический раствор хлорида натрия, 40% -й раствор глюкозы, кровезаменители (полиглюкин, реополиглюкин, борглюкин и гемодез), викасол и др. В-третьих, стимулируют сердечную и дыхательную деятельность подкожным введением кофеина, кордиамина, камфары. Одновременно с этими действиями животных согревают растираниями, грелками и укутывают сухой мягкой подстилкой.  Шок - Shoc (фран.) - "удар, толчок, потрясение" - это быстро нарастающее нарушение функций ЦНС, характеризующееся сначала ее резким возбуждением, а затем угнетением. При шоке также отмечается нарушение гемодинамики и химизма крови - токсемия.  **3.Опишите правила наложения гипсовой повязки.**  При наложении гипсовой повязки важно соблюдать следующие правила:   1. заранее подготовить все необходимое; 2. для достижения неподвижности и покоя фиксировать пораженную кость и два соседних сустава; 3. для создания покоя в одном суставе, при его повреждении, накладывать повязку лишь на этот сустав и на достаточные по протяжению части сегментов (не менее чем на 2/3 длины); 4. в области верхнего и нижнего краев гипсовой повязки на конечность наложит 1-2 тура широкого бинта, который будет, загнут на край гипсовой повязки, или надеть трикотажный чулок; 5. придать конечности функционально выгодное положение на случай, если движения в суставе не возобновятся; 6. при гипсовании удерживать конечность совершенно неподвижно в положении, которое облегчило бы правильное направление гипсовой повязки; 7. при наложении повязки гипсовым бинтом покрывать каждым ходом бинта 2/3 предыдущего тура по типу спиральной повязки; 8. при наложении гипсовой повязки конечность поддерживать всей кистью, а не пальцами, так как они могут вдавиться в незастывший гипс; 9. для наблюдения за конечностью, кончики бинтуемой конечности оставить открытыми; 10. повязка не должна быть тугой или слишком свободной; 11. после наложения повязку необходимо маркировать, т. е. нанести на повязку чернильным карандашом схему повреждения костей и три даты (день травмы, день наложения гипсовой повязки, предположительный день снятия), написать фамилию врача, накладывающего гипс.   **4.Перечислите и опишите изменения, возникающие в суставах, приводящие к нарушению объема движений.**  В результате различных патологических процессов врожденного, травматического, воспалительного и дегенеративного характера в суставах возникают изменения, приводящие к нарушению нормального объема движений.  В зависимости от объема движений в суставах различают:   1. анкилоз; 2. ригидность; 3. контрактуру; 4. избыточную подвижность; 5. патологическую подвижность.   Анкилоз – полная неподвижность в суставе.  Различают три вида анкилоза:  1. костный, когда имеется полное сращение суставных поверхностей;  2. фиброзный, если суставные поверхности прочно удерживаются фиброзными сращениями;  3. внесуставной, когда неподвижность в суставе обусловлена окостенением окружающих сустав мягких тканей.  Контрактура – ограничение движений в суставе.  По этиологическому признаку различают несколько видов контрактур: миогенное; неврогенные; десмогенные и др.  По этому признаку контрактуры можно определить только в начальных стадиях, так как довольно скоро к контрактуре любого происхождения присоединяются различные изменения в суставе или суставной капсуле.  **5.Опишите и продемонстрируйте алгоритм наложения шины Крамера, дитерихса.**  *Наложение шины Крамера.*  1. Шину необходимо наложить так, чтобы она надежно иммобилизировала два соседних с местом повреждения сустава (выше и ниже повреждения), а при некоторых повреждениях и три сустава (при переломе бедра или плеча),  2. При иммобилизации конечностей желательно придать физиологически правильное положение.  3. При закрытых переломах (особенно нижних конечностей) необходимо произвести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси, которое следует продолжать до окончания наложения иммобилизирующей повязки.  4. При открытых переломах, когда из раны выступают наружу отломки кости, при оказании первой помощи вправлять их не следует. Наложив стерильную повязку, конечность без предварительного подтягивания и вправления отломков фиксируют в том положении, в каком она находится.  5. С пострадавшего не следует снимать одежду и обувь, так как это может причинить ему лишнюю боль. Кроме того, одежда, оставленная на пострадавшем, обычно служит в области повреждения дополнительной прокладкой для шин.  6. Нельзя накладывать жесткую шину непосредственно на голое тело. Предварительно ее необходимо выстлать мягкой подкладкой (ватой, полотенцем, сеном и т.д.). Нужно следить за тем, чтобы концы шин не врезались в кожу и не сдавливали кровеносные сосуды или нервы, проходящие вблизи костей, а также за тем, чтобы кожа не была сдавлена в тех местах, где имеются костные выступы.  7. При всех открытых повреждениях, прежде чем приступить к иммобилизации, нужно наложить на рану асептическую повязку. При повреждениях суставов для транспортной иммобилизации применяют те же средства и способы, что и при повреждении костей.  8. Во время наложения иммобилизирующих повязок и перекладывания пострадавшего на носилки необходимо чрезвычайно бережно обращаться с частью тела, которую должен поддерживать специальный помощник.  9. Шина должна быть тщательно прикреплена к поврежденной конечности, составляя с ней единое целое. Неправильная иммобилизация может оказаться не только бесполезной, но и вредной.  *Наложение шины Дитерихса.*  Необходимый инструментарий: шина Дитерихса , 2 бинта, ножницы.  Последовательность действий  1. Успокоить пациент.  2. Объяснить ход предстоящей манипуляции.  3. Разрезать одежду по шву (если одежда туго облегает конечность.  4. Осмотреть место травмы, убедиться в наличии перелома.  5. Приложить внутреннюю и наружную детали шины Дитерихса к здоровой конечности пациента (уменьшить или увеличить длину шины, в зависимости роста пациента).  6. Зафиксировать восьмиобразной повязкой подошвенную часть шины к стопе травмированной конечности пациента (обувь не снимать). Уложить в подмышечную впадину со стороны травмированной конечности наружную часть шины и закрепить так, чтобы она выступала за подошвенную поверхность стопы на 8-10 см.  7. Вставить в металлическое ушко подошвенной части шины наружную деталь шины Дитерихса.  8. Уложить в паховую область со стороны травмированной конечности внутреннюю часть шины и провести через внутреннее металлическое ушко подошвенной части, застегнуть перемычку подошвенной части.  9. Вложить под костные выступы (лодыжек, коленного сустава, большого вертела и крыла подвздошной кости) прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **10.12.2020г.** | **Учебная практика №4**  **Тема: «Сбор хирургических инструментов (наборов) при различных хирургических вмешательствах, спинномозговой пункции, новокаиновой блокаде. Определение групповой принадлежности крови».**  **Задание:**  **1.Перечислите и охарактеризуйте группы крови и резус-фактора.**  *Группа 0(I)αβ.* Эритроциты этой группы не содержат агглютиногенов А и В и, следовательно, не дают реакции агглютинации ни с какими сыворотками крови человека, так как отсутствует один из компонентов этой реакции. Сыворотка же, имея оба агглютинина, агглютинирует эритроциты всех прочих групп, потому что их эритроциты всегда содержат тот или иной агглютиноген.  *Группа ΑΒ(IV)β.* Эритроциты этой группы содержат оба агглютиногена и поэтому способны давать агглютинацию с сыворотками всех остальных групп, а сыворотка не содержит никаких агглютининов и с эритроцитами человека, реакции агглютинации давать не может. Таким образом, группа 0 и группа АВ по своим свойствам являются диаметрально противоположными.  *Группы A(II)β и B(III)α* являются взаимно агглютинирующимися, т.е. сыворотка одной группы дает реакцию агглютинации с эритроцитами другой. Кроме того, эти группы находятся в определенных вышеуказанных соотношениях с группами 0(I)αβ и AB(IV); эритроциты группы A(II)β и Β(III)α агглютинируются сывороткой группы 0(I)αβ, а 92 сыворотки A(II)β и Β(III)α дают агглютинацию с эритроцитами группы AB(IV).  Под титром агглютинации понимается то максимальное разведение сыворотки, при котором еще может наступать реакция агглютинация . Если определяется титр сыворотки, то постоянной величиной будут стандартные эритроциты; если же определяется титр эритроцитов, то постоянной величиной явиться стандартная сыворотка. При определении у здоровых людей титр сыворотки колеблется в пределах 1:8 – 1:32. В течение жизни у здоровых людей титр сыворотки остается неизменным.  *Резус – фактор (Rh –фактор).*  Резус – фактор находится на эритроцитах людей независимо от возраста и пола и не связан с системой АВО. Находясь на эритроцитах человека наряду с агглютиногенами А и В, резусагглютиноген не имеет в сыворотке соответствующих антител – антирезус, подобных α или β, но антитела могут выработаться у лиц с резус – отрицательной кровью под влиянием систематического попадания в организм таких лиц Rh – антигена. Подобное может быть при условии 93 переливания человеку резус – отрицательному, резус – положительной крови (у беременной резус – отрицательной женщины развивается резус – положительный плод).  Резус – фактор является сильным, тепловым антигеном, так как при введении в организм резус – отрицательных лиц может вызвать в нем продукцию специфических резус – антител. Оптимальной температурой для определения резус – агглютиногена в эритроцитах является 45 - 48º С (в чашках Петри).  **2.Перечислите и охарактеризуйте функции крови.**  заместительная; стимулирующая; гемостатическая; обезвреживающая; иммунобиологическая; питательное действие.  *Заместительное действие.* Заключается в возмещение утраченной организмом части крови. Это операция по пересадке чужеродной ткани. Срок жизни эритроцитов от 2 до 130 дней. Перелитая кровь частично берет на себя роль всех физиологических процессов организма, восстанавливает ОЦК, окислительные процессы, иммобилизируют кровь из кровяного депо, улучшает работу сердца, печени, почек, повышает тонус сосудистой стенки.  *Стимулирующее действие.* Клинически проявляется в улучшении состояния и местных патологических процессов, повышении реактивности организма, усиливается регенерация тканей, возрастает фагоцитоз, лейкоцитоз, продукция антител. В организме ускоряются биохимические процессы, активируются вегетативные центры больших полушарий мозга.  *Гемостатическое (кровоостанавливающее) действие.* Проявляется в раздражении ряда органов и систем, это сопровождается повышением сократительной способности нервно – мышечного аппарата сосудистой стенки. В некоторой степени это может быть отнесено за счет доставки с кровью тромбопластических веществ (тромбокиназа, тромбин и пр.).  *Обезвреживающее (дезинтоксикационное) действие.* Вливание крови уменьшает концентрацию яда, увеличение ОЦК улучшает почечный кровоток, что способствует выведению ядовитых веществ из организма.  *Иммунобиологическое действие* основано на возрастании фагоцитарной, лейкоцитарной активности, усилении образования антител. Увеличивается титр различных антител и белковых фракций.  *Питательное действие* заключается во введении в организм вместе с плазмой значительного количества белков, жиров, углеводов и аминокислот.  **3.Опишите методику определения группы крови и результат заключения о групповой принадлежности.**  *Методика определения группы крови:* определение группы крови производят при температуре от +15 до +20ºС. на тарелках или планшетах. На левой стороне планшета надписывают группы крови в буквенной транскрипции. Посередине верхнего края планшета отмечают фамилию донора (реципиента). Используют стандартные сыворотки двух серий трех групп (О, А, В) с титром не ниже 1:32. На тарелку или планшет наносят по одной две капли стандартных сывороток в два ряда, начиная с первой группы слева направо. Капли крови наносят пипеткой около каждой капли сыворотки и смешивают углом предметного стекла. Количество крови должно быть в 8 – 10 раз меньше, чем сыворотки. Затем планшет осторожно покачивают в руках, что способствует быстрой и четкой агглютинации. Агглютинация начинается на 3 минуте. По мере наступления агглютинации, добавляют по одной капле физиологического раствора и продолжают наблюдать до истечения 5 минут. Результат читают в проходящем дневном свете, если агглютинация нечеткая, к смеси добавляют по одной капле изотонического раствора хлорида натрия, после чего дают *окончательное заключение о групповой принадлежности:*   * Отсутствие агглютинации во всех трех каплях указывает на то, что в исследуемой крови нет агглютиногенов, т. е. кровь относится к группе 0(I). * Наступление агглютинации в каплях с сыворотками 0(I) и B(III) указывает на то, что в исследуемой крови имеется агглютиноген А, т. е. кровь относится к группе A(II). * Наличие агглютинации в каплях с сыворотками группы 0(I) и A(II) указывает на то, что в исследуемой крови имеется агглютиноген В, т. е. кровь группы B(III). * Агглютинация во всех каплях указывает на наличие в исследуемой крови агглютиногенов А и В, т. е. кровь относится к группе AB(IV). Однако в этом случае учитывая, что агглютинация со всеми сыворотками возможна за счет неспецифической реакции, необходимо нанести на планшет или тарелку две-три капли стандартной сыворотки группы AB(IV) и добавить к ним 1 каплю исследуемой крови.   Сыворотку и кровь перемешивают, и результат реакции наблюдают в течение 5 минут. Если агглютинация не наступила, то исследуемую кровь относят к группе AB(IV). Если же агглютинация появляется с сывороткой группы AB(IV), значит, реакция неспецифическая  **4.Перечислите и охарактеризуйте осложнения при переливании крови.**   1. *Пирогенные реакции* проявляются повышением температуры тела, иногда ознобом, болями в пояснице и костях. В этих случаях показано применение жаропонижающих средств и кардиальной терапии. 2. *При аллергической реакции* к повышению температурь, тела присоединяются одышка, тошнота, рвота. В этих случаях, кроме жаропонижающих, используют антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), кортикостероиды, кардиальные и десенсибилизирующие средства. 3. *Наиболее тяжелой реакцией является анафилактический шок,* который характеризуется вазомоторными расстройствами, гиперемией кожи, цианозом, холодным потом. Пульс частый, нитевидный. Артериальное давление снижено. Тоны сердца глухие. Могут развиться отек легких и крапивница. Осложнения после переливания крови связаны с несовместимостью крови донора и реципиента, бактериальным загрязнением крови, 99 нарушением техники переливания крови (воздушная эмболия, тромбоэмболия), циркуляторной перегрузкой, массивным переливанием крови, недоучетом противопоказаний к переливанию крови. Чаще всего возникновение гемотрансфузионного шока обусловливается переливанием полностью или частично несовместимой крови. 4. *Гемотрансфузионный шок* развивается при переливании, несовместимой по группе или резус-фактору крови. В настоящее время известно много агглютиногенов, которые имеются в крови человека. Определение групп крови и резус-принадлежности ее совсем не всегда делает гемотрансфузию полностью безопасной. Чаще всего *пострансфузионный шок* возникает при несовместимости крови реципиента и донора по системе AB0. Иммунологический конфликт при гемотрансфузионном шоке может быть также обусловлен изоммунизацией, различной резуспринадлежностью больной и донора. Переливание крови - это введение чужеродного белка, в связи, с чем необходимо устанавливать строгие показания. Не следует производить гемотрансфузию в тех случаях, когда без нее можно обойтись. Выполнять переливание крови должен только врач. Тщательное наблюдение за больной позволяет заметить первоначальные нарушения, свидетельствующие об опасной патологии. Иногда первыми признаками постгеморрагической реакции являются беспокойство больной, боли в пояснице, озноб. В таких случаях гемотрансфузию следует сразу же прекратить. *Клиническая картина,* которая развивается при переливании несовместимой крови, может быть самой разнообразной. При переливании крови, несовместимой в групповом отношении, клинические признаки осложнения проявляются уже после введения небольших количеств крови (25 - 75 мл). Больная становится беспокойной, жалуется на плохое самочувствие, затем на боли в пояснице, обусловленные спазмом почечных сосудов, чувство стеснения в груди, жар. Если трансфузия крови не прекращается, то снижается артериальное давление, появляется бледность кожных покровов, иногда рвота. Довольно быстро развивается гемоглобинурия (моча приобретает цвет темного пива). Если же трансфузия вовремя прекращена, то эти симптомы могут исчезнуть бесследно. Однако необходим строгий врачебный контроль, так как позднее могут наступить тяжелые нарушения функции почек вплоть до развития острой почечной недостаточности.   **5.Перечислите показания и противопоказания к переливанию крови.**  *Показания к переливанию крови:*  Абсолютные - острая кровопотеря (15% ОЦК); травматический шок; тяжелые операции, сопровождающиеся обширными повреждениями тканей и кровотечением.  Относительные - анемия, заболевания воспалительного характера с тяжелой интоксикацией, продолжающееся кровотечение, нарушения свертывающей системы, снижение иммунного статуса организма, длительные хронические воспалительные процессы со снижением регенерации и реактивности, некоторые отравления.  *Противопоказания к переливанию крови можно разделить на две группы:*  1. Абсолютные: острый септический эндокардит; свежие тромбозы и эмболии; отек легких; тяжелые расстройства мозгового кровообращения; пороки сердца, миокардиты и миокардиосклероз различного вида с нарушением - общего кровообращения II─ІІІ степени; гипертоническая болезнь ΙΙΙ степени с выраженным атеросклерозом сосудов головного мозга, нефросклерозом.  2. Относительные: подострый септический эндокардит без прогрессирующего развития диффузного гломерулонефрита и расстройств общего кровообращения; пороки сердца с недостаточностью кровообращения ІІб степени; выраженный амилоидоз; остротекущий туберкулез.  **6.Собрать наборы инструментов**  *Выявление признаков непригодности крови к переливанию.*  *Показание:*определение годности крови к переливанию.  *Оснащение:* флакон или контейнер с кровью.  *Последовательность действий:*  1. Оценить герметичность упаковки:  Упаковка должна быть абсолютно целостной;  Никакие следы нарушения целостности недопустимы, при их наличии кровь непригодна для переливания.  2. Оценить правильность паспортизации:  · - наличие этикетки с номером;  · - даты заготовки;  · - обозначение группы крови и резус принадлежности;  · - наименование консерванта;  · - фамилии и инициалов донора;  · - наименование учреждения- заготовителя;  · - подпись врача;  · - штампа о проверке на ВИЧ и вирусный гепатит.  3. Обратить внимание на срок годности крови, сопоставить его с датой переливания, оценить визуально кровь во флаконе:  · кровь должна быть разделена на три слоя (внизу – красные эритроциты, выше - узкая серая полоска лейкоцитов и тромбоцитов, над ней - желтая прозрачная плазма);  · плазма должна быть прозрачной;  · хлопья, плёнки, сгустки в плазме свидетельствуют о её инфицированности и непригодности к переливанию;  · розовое окрашивание плазмы говорит о гемолизе эритроцитов и непригодности крови к переливанию.  *Примечание*: Плазма может быть непрозрачной в случае так называемой хиллезной крови, т.е. крови, содержащей большое количество нейтральных жиров. При нагревании хиллезной крови до 37 0 С, плазма становится прозрачной, если же кровь инфицирована - остаётся мутной.  *Составление набора и определение групповой принадлежности крови по стандартным сывороткам.*  *Показания:*необходимость переливания крови, подготовка к оперативному вмешательству.  *Оснащение:*  · 2 серии стандартных гемагглютинирующих сывороток в специальных штативах;  · флакон с изотоническим раствором хлорида натрия;  · маркированные планшеты;  · пипетка для взятия крови;  · пипетка для изотонического раствора;  · песочные часы на 5 минут;  · перчатки.  *Примечание.*Определение группы крови проводится в помещении с хорошим освещением и температурой от + 15 0 до +20 0 . |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **11.12.2020г.** | **Учебная практика №5**  **Тема: «Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении».**  **Задание:**  **1.Дайте понятие «кровотечение», виды кровотечений.**  *Кровотечение(haemorraqia)* - так называют излияние крови из кровеносных сосудов при повреждении или нарушении проницаемости их стенок.  Истечение крови происходит в ткани, полости организма (брюшную, грудную, в суставы), во внешнюю среду и является одной из основных причин наступления смерти при повреждениях и травмах.  *I. Анатомическая классификация выделяет следующие виды кровотечений:*   * Артериальное При данном кровотечении кровь алого цвета, бьет пульсирующей струей, причем, чем крупнее сосуд, тем сильнее струя, а объем кровопотери за единицу времени больше. Даже повреждение средних по диаметру артерий может вызвать острую анемию и явиться причиной смерти. Самостоятельно артериальное кровотечение останавливается редко; * Венозное кровотечение характеризуется темным цветом крови, которая, как правило, течет равномерно и медленно. Лишь при расположении поврежденной вены рядом с крупной артерии возможна передаточная пульсация, и струя крови будет прерывистой. Если повреждены крупные вены или имеется венозный застой и высокое венозное давление, такое кровотечение может быть сильным и опасным; * Капиллярное кровотечение, как правило, небольшое, кровь просачивается по всей поверхности раны и обычно останавливается самостоятельно; * Паренхиматозное кровотечение наблюдается при повреждении паренхиматозных органов (печень, селезенка, почки) и является, по сути своей, капиллярным, однако в связи с анатомическими особенностями строения сосудов этих органов (сосуды фиксированы в строме и не спадаются), такие кровотечения останавливаются с трудом и часто приводят к острой анемии; 70 Смешанные кровотечения характеризуются повреждением нескольких видов сосудов.   *II. По клиническим признакам кровотечения подразделяются на наружные, внутренние и скрытые.*   * Наружные кровотечения, кровоизлияния во внешнюю среду, в связи, с чем диагностика их не представляет затруднений, как для пострадавшего, так и для окружающих. * Внутреннее кровотечение происходит в ткани или в полости. Эти кровотечения наиболее опасны из-за того, что не всегда вовремя диагностируется, а кровопотеря при них бывает массивной, особенно при кровотечениях в серозные полости - плевральную, брюшную. Такие кровотечения редко останавливаются самопроизвольно, так как стенки этих полостей не создают механического препятствия для изливающейся из сосудов крови, из-за выпадения фибрина нарушается свертывание крови и процесс тромбообразования. * Скрытое (наружное) кровотечение происходит в просвет полых органов и не всегда имеет яркие клинические проявления, диагностируется специальными методами исследования (например, исследования кала на скрытую кровь при незначительном кровотечении из желудочно-кишечного тракта).   *III . В зависимости от скорости и объема кровопотери кровотечения подразделяются на острые и хронические.* Исход кровотечения определяется рядом факторов, но скорость и объем кровопотери являются решающими.   * Острое кровотечение наиболее опасно. Быстрая потеря 30% объема циркулирующей крови (ОЦК) ведет к острой анемии, гипоксии головного мозга и может закончиться смертью больного. * Хроническое кровотечение происходит медленно, в связи, с чем организм успевает адаптироваться к незначительному уменьшению ОЦК.   *IV. По времени появления выделяют первичное и вторичное кровотечение, которое в свою очередь, может быть ранним, поздним и повторным.*   * Первичное кровотечение наблюдается сразу после травмы, при разрыве кровеносного сосуда, других видов поражения или во время операции. * Вторичное кровотечение наступает через какой-то промежуток времени после травмы и может вызвать различные осложнения. Выделяют раннее вторичное кровотечение, которое наблюдается в первые часы или сутки (до трех часов) после повреждения сосудов. Причинами этих кровотечений является обычно нарушение правил окончательной остановки кровотечения, а именно недостаточный контроль гемостаза при хирургической обработке раны или во время хирургической операции, слабо завязанные лигатуры на сосудах. Кроме того, повышение артериального давления после операции, если больной или раненный оперирован при пониженном давлении, может также привести к кровотечению. Вследствие этих причин возможно выталкивание тромбов из сосудов, соскальзывание лигатур и как следствие – кровотечение. Иногда неправильно наложенные повязки или дренажи также могут вызвать вторичное кровотечение. * Позднее вторичное кровотечения могут начинаться через несколько дней и даже недель после травмы. Как правило, причиной их возникновения являются гнойно-воспалительные осложнения в ране и развитие некроза, которые могут привести к расплавлению тромбов. Кровотечение может быть вызвано также пролежнями сосудов при давлении на них костными или металлическими осколками, дренажами, приводящими к некрозу и разрыву стенки сосуда. Причиной как ранних, так и поздних вторичных кровотечений могут быть нарушения свертывающей системы крови, а также неаккуратная смена повязок, тампонов и дренажей. * Повторные вторичные кровотечения обычно обильнее и опаснее предыдущих, а причины их возникновения те же. Вторичное кровотечение остановить значительно труднее, чем первичное   **2.Перечислите и охарактеризуйте местные симптомы кровотечения (легочное, желудочно-кишечное, в различные полости).**  Причиной внутреннего кровотечения могут явиться как различные заболевания внутренних органов, так и закрытые травмы. Переломы рѐбер, разрывы межрѐберных сосудов, повреждение ткани лѐгкого зачастую приводят к значительному кровотечению в плевральную полость с образованием обширного гемоторакса.  *Легочное кровотечение* нередко возникает на почве злокачественного образования, туберкулѐзного процесса. Тяжѐлое внутреннее кровотечение вызывается закрытыми повреждениями печени, селезѐнки, брыжейки, кишечника, поджелудочной железы, почек.  Не менее опасным, зачастую угрожающим жизни больного, *профузным кровотечением* осложняются заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишок (язвы желудка и 80 кишечника, злокачественные опухоли, эрозивный гастрит и др.), варикозное расширение вен пищевода при циррозе печени, различные гинекологические заболевания (внематочная беременность, разрывы яичников и пр.), болезни крови и сосудов и ряд других.  Какой бы природы внутреннее кровотечение не было, оно, как правило, сопровождается определѐнной общей симптоматикой и отдельными местными признаками, указывающими на его источник.  *Ранние признаки внутреннего кровотечения:* бледность кожных покровов и слизистых оболочек, общую слабость, головокружение, сонливость, кашель с выделением крови (при легочном кровотечении), тошноту и кровавую рвоту (при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта), тѐмный или дегтеобразный стул, боли в животе, симптомы раздражения брюшины, притупление в отлогих местах (при поступлении крови в брюшную полость), холодный пот, потемнение в глазах.  Ценными показателями нарастающей анемии являются учащение пульса и снижение артериального давления. Уже по изменению этих двух показателей можно оценить степень внутреннего кровотечения.  Умеренное кровотечение не ведѐт к существенным сдвигам: пульс бывает в пределах нормы или незначительно учащен – не более 80 в минуту, систолическое артериальное давление либо нормальное, либо несколько снижено – до 100 мм рт. ст. При кровотечении средней тяжести пульс учащается до 90-100 в минуту, артериальное давление падает до 90-80 мм.рт.ст. В тяжѐлых случаях гемодинамические расторойства выражены в ещѐ большей степени: пульс учащается до 110-140 в минуту, артериальное давление падает ниже 80 мм рт. ст.  Важнейшим современным способом выявления внутреннего кровотечения является лабораторное определение количества эритроцитов крови, гемоглобина и гематокрита. Изменение этих показателей происходит параллельно нарастанию анемии.  Кроме того, существует ряд других диагностических способов, облегчающих раннее выявление внутреннего кровотечения. Это определение скрытой крови в кале, пункция заднего свода влагалища, рентгенологическое обследование и др. Вместе с тем проявление ранних признаков кровотечения зависит и от его интенсивности.  При умеренном кровотечении ряд симптомов может быть либо слабо выраженным, либо не проявляться вовсе. Больного с малейшим 81 подозрением на внутреннее кровотечение необходимо срочно направить в хирургический стационар  **3.Опишите осложнения кровотечений:**  **-геморрагический шок,**  *Геморрагический шок* – проявляется типично в виде 2х стадий Эректильной и Торпидной  *Эректильная стадия* – клиническая картина: бледные, влажные кожные покровы, головокружение; жалуется на сухость во рту, жажду; АД – 120/90 в начале и 80/40 в конце стадии, примерно через 2-3 мин.  *Торпидная стадия* характеризуется: потерей сознания, исчезновением рефлексов, снижением артериального давления до критических цифр, до развития терминального состояния.  **-воздушная эмболия,** сдавление органов и тканей, коагулопатия, сдавление скапливающейся в тканях и полостях кровью жизненно важных органов и центров.  **-сдавление органов и тканей,**  Наиболее опасны кровоизлияния в базальную часть четвертого желудочка мозга, где находятся центры, обеспечивающие ряд витальных функций. При кровоизлиянии в полость перикарда, в результате сдавления, кровью извне, становится невозможным расширение предсердий и наполнение их кровью в диастолу, то есть наступает так называемая тампонада сердца, которая также приводит к смерти.  Скопление в плевральной полости более 1 литра крови вызывает не только острое малокровие, но и сдавление легкого со смещением средостения в здоровую сторону. В результате возникают нарушения внешнего дыхания, расстройство кровообращения из-за смещения средостения и в конечном счете образуется порочный круг, ведущий к летальному исходу.  Инфильтрация кровью забрюшинного пространства (забрюшинная гематома), воздействуя на находящиеся в этой области нервы и нервные сплетения, иннервирующие кишечник, ведет к парезу желудочно-кишечного тракта, что резко ухудшает состояние пациента.  Внутритканевые кровоизлияния могут приводить к компрессии сосудов и нарушению кровообращения дистальной части конечности, то есть к развитию ишемии. При повреждении крупных неспадающихся венозных стволов (яремной, подкрыльцовой и безымянной вен), мозгового синуса может происходить проникновение воздуха в кровяное русло и развитие воздушной эмболии. Поэтому при любом кровоизлиянии в ткани, полости или органы необходимо принять меры для предупреждения развития хирургической инфекции, поскольку у этих больных снижена сопротивляемость к инфекции и других неблагоприятных факторов среды.  **-коагулопатия.**  *Коагулопатии* - формы нарушения гемостаза, обусловленные нарушением синтеза, ингибированием или повышенным потреблением плазменных факторов свертывания крови или компонентов калликреин-кининовой системы, а также формы, связанные с избытком физиологических или патологических антикоагулянтов, ДВС-синдромом и активизацией фибринолиза.  *Наследственные коагулопатии* вызываются генетически обусловленным снижением или извращением плазменных компонентов гемостаза. Наиболее распространенными формами являются гемофилия А, В, С, афибриногенемия.  *Приобретенные коагулопатии* возникают при инфекционных заболеваниях, болезнях печени, почек, ДВС-синдроме, тяжелых энтеропатиях, геморрагических васкулитах, ревматоидном артрите, злокачественных опухолях, медикаментозных воздействиях.  **4.Опишите способы и методы окончательной остановки кровотечения.**  **механические; физические (термические); химические; биологические; комбинированные.**  *Механические методы* чаще всего применяются во время операций и при травмах. Наиболее распространенным и надежным методом остановки кровотечений является перевязка сосуда в ране. Д ля этого сосуд захватывают кровоостанавливающим зажимом, а затем перевязывают (лигируют) шелковой, капроновой или другой нитью. Перевязать необходимо оба конца сосуда, так как может быть достаточно сильное ретроградное кровотечение. Вариантом перевязки сосуда в ране является его прошивание вместе с окружающими тканями, которые используются при невозможности изолированно захватить и выделить сосуд, а также для профилактики соскальзывания лигатур.  Перевязку сосуда на расстоянии применяют при невозможности перевязать сосуд в ране (при вторичном кровотечении из инфицированной раны вследствие аррозии сосуда), а также для предупреждения сильного кровотечения во время операции. Преимуществом этого метода является выполнение операции вдали от раны на неизмененных сосудах.  Кровотечение из мелких сосудов можно остановить длительным прижатием кровоостанавливающими зажимами, которые накладывают на сосуды в начале операции после разреза кожи и подкожной клетчатки, и снимая их в конце. Еще лучше этот метод сочетать с торзией (закручивание по оси) кровеносных сосудов, рассчитанное на их раздавливание и склеивание интимы, что способствует образованию в них тромбов.  Когда нет возможности применить другие методы окончательной остановки кровотечения применяют тугую тампонаду марлевым тампоном. Этот метод нужно считать вынужденным, так как при гнойных осложнениях тампон затрудняет отток раневого содержимого и может способствовать развитию и распространению раневой инфекции. В этих случаях тампоны удаляют только спустя 3 – 7 суток, чтобы не возобновилось кровотечение. Удалять их нужно медленно и очень осторожно.  Методами окончательной остановки кровотечения являются также сосудистый шов и протезирование сосудов  Физический (термический) метод остановки кровотечения основан на использовании как высокой, так и низкой температур. Высокая температура вызывает коагуляцию белка и ускоряет образование тромба. При кровотечениях из мышц, паренхиматозных органов, костей черепа применяют тампоны, смоченные горячим физиологическим раствором (45 - 50°С).  Широко используется диатермокоагуляция, основанная на применении токов высокой частоты, являющаяся основным термическим способом остановки кровотечения при повреждениях сосудов подкожно жировой клетчатки и мышц. Однако применение ее требует определенной осторожности, чтобы не вызвать ожоги и некрозы кожи.  Эффективным методом остановки кровотечения, в том числе и из паренхиматозных органов, является лазерная фотокоагуляция, которая обладает рядом преимуществ перед электрокоагуляцией. Она позволяет, например, избегать пропускание электрического тока по тканям и механического контакта между ними и электродом, дозировать и равномерно распределять энергию в пределах светового пятна, а также осуществлять постоянный визуальный контроль, так как кровоточащий участок не перекрывается электродом.  Низкая температура вызывает спазм кровеносных сосудов, сокращение окружающих тканей, что способствуют образованию сгустков и тромбов. Холод применяют при подкожных гематомах, внутрибрюшных кровотечениях, когда наряду с другими методами остановки кровотечения прикладывают пузырь со льдом. Холод используют при операциях (криохирургия) на богато васкуляризированных органах (головной мозг, печень, почки), особенно при удалении опухолей.  *Химические методы* остановки кровотечения основаны на применении различных медикаментов, обладающих сосудосуживающим эффектом и повышающих свертываемость крови. Местное применение ряда препаратов (раствор перекиси водорода, калия перманганат, азотнокислое серебро) может способствовать уменьшению кровотечения, но не обладает достаточной эффективностью. Для остановки язвенных кровотечений желудка и 12 – перстной кишки успешно применяется капрофер, содержащий восстановленное железо Fe³+ и &- аминокапроновую кислоту. Наиболее часто из сосудосуживающих препаратов применяют адреналин норадреналин, мезатон, эфедрин. В гинекологической практике при кровотечении из матки используют питуитрин, окситацин. Из средств, влияющих на свертывание крови, применяют этамзилат (дицинон). Его гемостатической эффект связан с активирующим действием на формирование тромбопластина. Кроме того, используют раствор хлористого кальция, викасол. Для профилактики кровотечений, связанных с фибринолизом, может применяться аминокапроновая кислота как ингибитор активатора плазминогена.  *Биологические методы* остановки кровотечения основаны на использовании биологических препаратов общего и местного действия. Биологические препараты общего действия: Свежезамороженная плазма, Криопреципитат (донорский препарат, содержащий белковые факторы свертывания крови), Тромбоцитный препарат, Витамин Р (рутин) и С (аскорбиновая кислота), которые уменьшают проницаемость сосудистой стенки, Фибриноген, который хорошо действует при гипо – и афибриногенемии, Ингибиторы протеолитических ферментов животного происхождения ( трасилол, пантрипин и др.), применяющиеся при кровотечениях, связанных с повышением активности фибринолитической системы, Сухая антигемофильная плазма и антигемофильный глобулин применяются при кровотечениях на фоне гемофилии.  *Биологический антисептический тампон (БАТ)* готовят из плазмы крови с добавлением желатины, кровосвертывающих и противомикробных средств, поэтому может применяться для лечения инфицированных ран. Для усиления гемостатического эффекта различные способы остановки кровотечения комбинируют. *Комбинированные методы* весьма разнообразны и эффективны и на практике используются чаще всего.  **5.Опишите и продемонстрируйте алгоритм наложения жгута Эсмарха при кровотечении из плечевой артерии, из бедренной артерии.**  **Наложение кровоостанавливающего жгута на плечо, бедро, шею,**  Показание: временная остановка артериального кровотечения.  Оснащение: Салфетка, резиновый жгут, лист бумаги, карандаш, резиновые перчатки Емкость с дезинфицирующим раствором, перевязочный материал Последовательность действий:  1. Надеть резиновые перчатки.  2. Приподнять травмированную конечность.  3. Осмотреть место травмы.  4. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью.  5. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность.  6. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах.  7. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу.  8. Закрепить концы жгута цепочкой или кнопочным замком.  9. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты) Примечание: Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года – не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течении 2 часов.  10.Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики.  11.Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения.  12.Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках.  13.Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.    **6.Опишите и продемонстрируйте алгоритм наложения давящей повязки, закрутки.**  *Алгоритм наложения давящей повязки:*  Цель:остановка венозного и капиллярного кровотечения, гемостаз мягких тканей на голове.  Оснащение: стерильные салфетки; стерильные перчатки; 10% повидон; ватно-марлевый тампон; бинт; раствор антисептика; 2 пинцета; спирт; стерильные перчатки; обезболивающее средство; емкость КБУ.  Алгоритм действия:  1. Обработайте руки спиртом.  2. Наденьте резиновые перчатки.  3. Осмотрите пациента, успокойте, уложите больного.  4. Оцените состояние пациента и раны.  5. Объясните пациенту цель и ход манипуляции.  6. Придайте удобное положение пациента с хорошим доступом к ране.  7. Обработайте края раны раствором 10% повидоном.  8. Просушите салфеткой.  9. Наложите на рану стерильные салфетки.  10. Наложите поверх салфетки ватно-марлевый тампон.  11. Закрепите тампон бинтовой повязкой (в зависимости от локализации раны).  12. Транспортируйте пациента в стационар, во время транспортировки следите за АД, ЧДД, пульсом, сознанием, состоянием повязки.  13. Снять перчатки и отпустите в емкость в КБУ.  Примечание: - тугая повязка накладывается при венозном и капиллярном кровотечении.  - при оказании первой медицинской помощи на догоспитальном уровне.  *Наложение закрутки* Временная остановка артериального кровотечения.  Оснащение: салфетка, палочка, лист бумаги, резиновые перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, перевязочный материал, бинт.  Последовательность действий:  1. Надеть резиновые перчатки.  2. Придать конечности возвышенное положение.  3. Осмотреть место травмы.  4. Укрепить салфетку на уровне наложение закрутки.  5. Связать концы салфетки сверху.  6. Вставить палочку и закрутить до прекращения кровотечения и пульсации на периферических сосудах.  7. Зафиксировать повязкой свободный конец палочки.  8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку.  9.Поместить под закрутку записку с указанием даты, времени наложения закрутки.  10.Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках.  11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Содержание работы** | **Оценка** | **Подпись** |
| **12.12.2020г.** | **Учебная практика №6**  Тема: «Обработка чистых, гнойных ран, искусственных стом и подключичного катетера»  Задание:  **1.Опишите классические признаки раны.**  *Боль (dolor)* – одна из основных жалоб, которую предъявляет пострадавший.  Выраженность болевого синдрома при ране определяется следующими моментами:  1. Локализация раны. Особенно болезненны раны в местах, где имеется большое количество болевых рецепторов (кожа в области кончиков пальцев, надкостница, париетальная брюшина, плевра). Поражение клетчатки, мышц, фасций, в меньшей степени способствует развитию болевого синдрома;  2. Наличие повреждений крупных нервных стволов;  3. Характер ранящего орудия и быстрота нанесения раны, - чем острее орудие, тем меньше повреждается рецепторов и меньше боль, чем быстрее происходит воздействие, тем меньше болевой синдром;  4. Нервно-психическое состояние организма. Болевые ощущения могут быть снижены при пребывании пострадавшего в состоянии аффекта, шока, алкогольного или наркотического опьянения. Боль полностью отсутствует при выполнении операции под наркозом, а также при таком заболевании, как сирингомиелия (повреждение серого вещества спинного мозга). Боль является защитной реакцией организма, но интенсивные длительные боли вызывают истощение ЦНС, что неблагоприятно сказывается на функциях жизненно важных органов.  *Кровотечение (Haemorrhahia)* – обязательный признак раны, так как повреждение любой ткани, начиная с кожи и слизистой оболочки, сопровождается нарушением целостности сосудов. Выраженность кровотечения может быть разной – от незначительного капиллярного до профузного артериального. Интенсивность кровотечения при ранения определяет следующее:  1. Наличие повреждения крупных (среднего калибра) сосудов: артерий или вен;  2. Локализация раны. Наиболее выражено кровотечение при ранении лица, головы, шеи, кисти – там, где ткани имеют наилучшее кровоснабжение;  3. Характер ранящего оружия: чем острее, тем более выражено кровотечение, при размозженных и ушибленных ранах кровотечение минимально;  4. Состояние системной и местной гемодинамики. При артериальном давлении или сдавления магистрального сосуда, интенсивность кровотечения снижается;  5. Состояние свертывающей системы: при ее нарушениях (при гемофилии) повреждение даже сосудов небольшого калибра может привести существенной кровопотере, и даже смерти.  *Зияние (Hiatus)* – обусловлено сокращением эластических волокон кожи. Выраженность расхождения кожных краев раны, прежде всего, определяется отношением ее оси к линиям Лангера, показывающим основные направления расположения грубоволокнистых структур кожи. Так, например, для уменьшения зияния при оперативных вмешательствах на верхних и нижних конечностях преимущественно выбираются продольные направления разрезов, а не поперечные. Особое значение направление разреза имеет в косметической и пластической хирургии, при закрытии дефектов кожи, иссечение рубцов. Для большего знания раны (вскрытие гнойников) разрез наносят перпендикулярно лангеровским линиям.  **2.Опишите этапы течения раневого процесса.**  *Раневой процесс* – это совокупность последовательных изменений, происходящих в ране, и связанных с ним реакцией всего организма. Условно его можно разделить на общие реакции организма и непосредственно заживление раны.  В практической деятельности, в настоящее время наибольшее распространение, получила классификация М.И. Кузина (1977), которая выделяет следующие основные периоды течения раневого процесса:  первая фаза – фаза воспаления, разделяющаяся на два периода – период сосудистых изменений и период очищения раны от некротических (погибших) тканей;  вторая фаза - фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани;  третья фаза – фаза реорганизации рубца и эпителизации.  Принципиальным моментом данной классификации является разделение первой фазы заживления на два периода.  *Первый период* длится 1-4 суток, отражает сумму последовательных сосудистых реакций, характеризующих механизм острого воспаления (вазоконстрикция, дилатация артерий, увеличение резистентности вен, повышение капиллярного давления, увеличение поверхности для обмена – новообразование сосудов, увеличение проницаемости, отек, агрегация клеток крови, эмиграция лейкоцитов, локальная геморрагия).  В ранней фазе *второго периода* – периода заживления, (4-5) суток, заметную роль играют вещества, ускоряющие (катализирующие) сосудистую реакцию (протеазы, полипептиды, амины – гистамин, серотонин). Эти процессы тесно связаны и фактически являют собой изначальную протеолитическую (растворяющую) реакцию. При не осложненном течении, копируются явления воспаления и интоксикации, стихает боль, прекращается лихорадка, нормализуются лабораторные показатели крови и мочи.  *Фаза регенерации* – протекает в период с 6 до 14 суток от момента травмы. В ране происходит три основных процесса: коллагенизация раны и интенсивный рост кровеносных и лимфатических сосудов. В ране уменьшается количество нейтрофилов и в область раны мигрируют фибробласты. Одновременно начинается реканализация и рост кровеносных сосудов и лимфатических сосудов в области раны, что способствует улучшению перфузии и питанию фибробластов, нуждающихся в кислороде. Для биохимических процессов в этой фазе характерно уменьшение кислотности, увеличение (ионов Са) и уменьшение ионов. К, понижение обмена. Воспалительный процесс затихает, отделяемого становится меньше, уменьшается или совсем исчезает отек.  *Фаза реорганизации рубца* – начинается примерно с 15 суток и может протекать около 6 месяцев. В этой фазе основные процессы сводятся к укреплению рубца путем построения сети из эластических волокон и появления поперечных связей между разрозненными пучками коллагена.  **3.Опишите алгоритм проведения ПХО раны, собрать набор инструментов для ПХО раны.**  1. Подготовил оснащение: Для туалета раны (антисептическии раствор,  перевязочныи материал, ножницы, зажимы Микулича, пинцет). Для проведения  местного обезболивания (одноразовыи шприц, новокаин 0,25% или 0,5%, возможен  другои анестетик). Для проведения процедуры (стерильныи перевязочныи материал  и пеленки, скальпель, кровоостанавливающие зажимы Бильрота, лигатуры,  хирургические иглы с иглодержателем, дренажные трубки).  2 Представился пациенту. Уточнил ФИО пациента, его самочувствие.  - Убедился в наличии информированного согласия.  - Объяснил цель и ход процедуры.  3 Обработал руки, оделся как на операцию.  4 Обработал кожу вокруг раны антисептиком троекратно по хирургическим  принципам, при необходимости кожу вокруг раны предварительно побрил.  5 Отграничил операционное поле стерильным бельем.  6 Выполнил местное обезболивание раны.  7 Промыл рану дезраствором (раствором хлогексидина 0.05%, перекиси водорода  3%).  8 Удалил инородные тела (при их наличии) раневого канала  9 Выполнил иссечение нежизнеспособных тканей (с учетом степени поражения  тканей, сосудов, наличия "карманов").  10 Остановил кровотечение из операционной раны.  11 Установил дренаж (перчаточный выпускник или дренажную трубку по показаниям)  ко дну раны.  12 Выполнил закрытие раны (ушил узловыми швами в первые 24 часа, при  огнестрельной ране швы не накладывал).  13 Наложил повязку, при необходимости выполнил иммобилизацию.  14 Назначил иммунизацию против столбняка и бешенства – согласно инструкции.  15 Сделал запись о выполнении в медицинской документации.  *Инструменты необходимые при первичной хирургической обработки раны (ПХО):*  1. Кусачки Люэра – 1 шт.;  2. Кусачки Листона -- 2 шт.;  3. Распаторы – 1 шт.;  4. Пила ножовка – 1 шт.;  5. Пила Джигли – 1 шт.;  6. Долото: прямое – 1 шт., желобоватые – 1 шт.;  7. Молоток – 1 шт.;  8. Общий набор без кишечных игл  **4.Опишите алгоритм обработки гнойной раны.**  направлены на удаление омертвевших тканей, дренирование поврежденного очага, подавление микрофлоры и ускорение регенерации.  - Первым делом, подготовьте все необходимое. Вам понадобятся марлевые салфетки, хирургические перчатки, бинт, лейкопластырь, перекись водорода, розовый раствор марганцовки, мазь Вишневского, пинцет и ножницы.  - Убедитесь в том, что все используемые материалы стерильны. Вымойте руки с мылом и вытрите одноразовым полотенцем.  - Наденьте перчатки и удалите загрязненную повязку с гнойной раны (при наличии таковой). Если она прилипла, капните на нее перекись водорода и извлеките таким образом, чтобы не повредить пораженный участок. Иначе рана может начать кровоточить.  - Поменяйте перчатки. Пинцетом аккуратно возьмите стерильную марлевую салфетку, обильно смочите ее раствором перекиси водорода и несколько раз протрите зону вокруг поврежденного участка. Это необходимо, чтобы избежать попадания новых бактерий, обитающих на коже.  - Затем вам нужно будет обработать рану несколько раз, чередуя перекись водорода и раствор марганцовки. Завершая процесс, пропитайте марлевую салфетку мазью Вишневского, наложите на рану и накройте сухой салфеткой. Теперь можно забинтовать пораженную область либо закрепить перевязочный материал лейкопластырем.  - Если рана глубокая и имеет большую площадь, после первичной обработки необходимо обратиться к врачу. Лечение серьезных гнойных ран во многих случаях требует хирургического вмешательства.  **5.Опишите алгоритм обработки искусственной стомы, трахеостомы, колостомы, подключичного катетера.**  **Алгоритм обработки трахеостомы**  Цель:  · предотвратить мацерацию (раздражение) кожи вокруг стомы;  · освобождение трубки от слизи;  · обеспечение должного санитарного состояния трубки.  Показания: 2-3 раза в день (ежедневно).  Оснащение:  · почкообразные лотки для стерильного и использованного перевязочного материала;  · стерильные марлевые салфетки и ватные шарики, перчатки;  · стерильный пинцет, ножницы, шпатель;  · стерильный глицерин или стерильное вазелиновое масло;  · этиловый спирт 70%, 2% раствор натрия гидрокарбоната;  · раствор фурацилина 1: 5000;  · паста Лассара в подогретом виде или мазь цинковая или дерматоловая паста или мазь «Стомагезив»;  · емкости с дезинфицирующим раствором.  Подготовка к процедуре  1. Объяснить ход проведения процедуры, получить согласие пациента.  2. Вымыть руки, надеть перчатки.  3. Подготовить необходимое оснащение.  Проведение процедуры  1. Извлечь внутреннюю трубку из трахеотомической канюли, для этого: - повернуть запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх»; - зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон большим и указательным пальцами левой руки; - извлечь за «ушки» внутреннюю трубку из наружной дугообразным движением.  2. Очистить внутреннюю трахеостомическую канюлю от корок и слизи (используя 2 % содовый раствор, подогретый до температуры 45оС), обработать двукратно 70% спиртом, смазать внешнюю поверхность внутренней трахеостомической трубки стерильным вазелиновым маслом или глицерином, затем встряхнуть, чтобы на ней не осталось капель масла, и только после этого ввести внутреннюю канюлю дугообразным движением в наружную трубку. Замок-флажок перевести в положение «вниз».  3. Обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным раствором фурацилина (используя стерильный пинцет), высушить сухим шариком.  2. Нанести шпателем на кожу вокруг трахеостомы подогретую пасту Лассара, цинковую мазь или мазь «Стомагезив».  3. Наложить поверх пасты стерильные салфетки, разрезанные по типу «штанишек» (первая салфетка укладывается разрезом вниз, вторая – разрезом вверх), зафиксировать с помощью специальных завязок или полосок бинта, завязав их «бантиком» сзади на шее.  Окончание процедуры  1. Поместить отработанный перевязочный материал, инструменты в дезинфицирующий раствор.  2. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.  **Алгоритм обработки за колостомой**  **Цель:** предупредить мацерацию кожных покровов вокруг свища  **Показания:** уход за колостомой после операции.  **Оснащение:**  Стерильно: лоток с перевязочным материалом, 2 пинцета, ножницы, шпатель, перчатки, вазелиновое масло, 0,02% раствор фурацилина, адгезивная мазь (например паста Лассара).  Нестерильно: бинт, ёмкость с мыльным раствором в количестве 1-1,5 л., клеёнка, таз, ёмкость для сброса отработанного материала, кушетка.  1. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, уточнить у пациента понима­ние цели её проведения.  2. Получить от пациента согласие на проведение манипуляции.  3. Положить под бок пациента со стороны стомы клеёнку, свисающую с постели в таз.  4. Вымыть руки на гигиеническом уровне и надеть стерильные перчатки.  5. Обмыть кожу около стомы, испачканную фекалиями, используя пинцет, марлевые туфики или салфетки и мыльный раствор.  6. Высушить сухими салфетками.  7. Сбросить пинцет.  8. Другим пинцетом обработать кожу вокруг стомы 0,02% раствором фурацилина и высушить кожу.  9. Нанести стерильным шпателем на стерильные салфетки густой слой подогретой пасты Лассара и наложить их на кожу вокруг калового свища.  0. Пропитать большую салфетку стерильным вазелиновым маслом и наложить на выступающую слизистую оболочку стомы.  11. Зафиксировать сверху большой салфеткой, сложенной многослойно и укрепить повязку бинтом.  12. Убрать клеёнку из-под пациента и таз, обработать.  13. Поместить отработанный перевязочный материал и инструменты в ёмкость с дез. раствором.  14. Снять перчатки, поместить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.  15. Вымыть руки, осушить.  **Примечание.** Через 2-3 недели после наложения стомы, после заживления послеоперационной раны, можно использовать калоприёмник.  **Обработать подключичный катетер.**  Профилактика осложнений: воздушной эмболии, инфицирования вены и кожи в месте введения катетера.  Показания: подключичный катетер вводится с целью длительной инфузионной терапии.  Оснащение: стерильный перевязочный материал, кожный антисептик, стерильный шприц, гепарин, изотонический раствор.  1. Следить, чтобы катетер был постоянно закрыт пробкой (заглушкой)  2. Кожу, в месте введения катетера, ежедневно обрабатывать антисептическим раствором.  3.Еже дневная смена асептической повязки  4. Перед подключением системы для введения растворов необходимо: - опустить головной конец (убрать подушку), -попросить пациента повернуть голову в противоположную от катетера сторону и задержать дыхание, -снять заглушку, присоединить к катетеру стерильный шприц, разрешить дышать, натянуть поршень шприца на себя, до появления крови, -попросить задержать дыхание, отсоединить от катетера шприц и подсоединить канюлю капельницы, разрешить дышать.  5. После введения растворов - промыть катетер раствором гепарина (0,5 мл гепарина т.е 2500 ЕД на 5,0мл изотоническогораствора)  6. Отключение системы производится при опущенном головном конце и задержке дыхания пациента.  7. Если в течение суток внутривенная инфузия не производилась, в подключичный катетер вводится раствор гепарина в той же дозе. |  |  |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Гигиеническое мытье рук медсестрой. | освоено |  |
| 2 | Накрытие стерильного стола в перевязочном, процедурном кабинете. | освоено |  |
| 3 | Одевание стерильной одежды на себя и хирурга. | освоено |  |
| 4 | Обработка стом. | освоено |  |
| 5 | Обработка кожи операционного поля. | освоено |  |
| 6 | Обработка ожоговой поверхности. | освоено |  |
| 7 | Обработка кожи, с целью профилактики пролежней. | освоено |  |
| 8 | Проведение предстерилизационной обработки инструментария. | освоено |  |
| 9 | Укладка операционного белья в бикс и подготовка к стерилизации. | освоено |  |
| 19 | Обработка гнойной раны, гнойника. | освоено |  |
| 11 | Хирургическая обработка рук современным способом | освоено |  |
| 12 | Подготовка всего необходимого к проведению местной инфильтрационной анестезии | освоено |  |
| 12 | *Составление набора инструментов для:*  А). Первичной хирургической обработки ран.  Г). Скелетного вытяжения  Д). При оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.  Е). Трахеостомии.  Ж). Плевральной пункции.  З). Спинномозговой пункции.  И). Венесекции. | освоено |  |
| 13 | *Наложение и снятие повязок*:  А). Бинтовые  Б). Гипсовые.  В). Пластырные.  Г). Клеоловые.  Д). Герметизирующую (акклюзионную).  Е). Косыночные.  Ж). Чепец.  З). Уздечку.  И). На один глаз, на оба глаза.  К). Колосовидную на плечевой сустав.  Л). Черепашью (на локоть, колено).  М). Перчатку.  Н). Восьмиобразную на голеностопный сустав.  О). На культю.  П). Дезо. | освоено |  |
| 14 | Наложение транспортных шин Крамара, Дитерихса. | освоено |  |
| 15 | Наложение бандажа, суспензория. | освоено |  |
| 16 | Взятие крови для определения группы крови, резус фактора по целиклонам и стандартным сывороткам. | освоено |  |
| 17 | Накрытие столика сестры анестезистки. | освоено |  |
| 18 | Наложение кровоостанавливающего жгута на плечо, бедро. | освоено |  |
| 19 | Обработка подключичного катетера. | освоено |  |
| 20 | Снятие швов с раны (под контролем врача). | освоено |  |
| 21 | Режим отделения и санпросветработа   * Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима различных помещений ЛПУ. * Проведение дезинфекции предметов ухода за пациентом. * Проведение дезинфекции изделий медицинского назначения. * Проведение утилизации отходов медицинского назначения. * Проведение осмотра, сестринское обследование больных, составлять план ухода за больным. * Составление памятки и инструкции для пациентов. * Проведение оценки функционального состояния организма пациента, уровня его здоровья и физического развития. | освоено |  |
| 22 | *Работа с документами*  Применение лекарственных средств по назначению. | освоено |  |
| 23 | 50.Оформление учетно-отчетной медицинской документации:  -выписка направлений:  - на УЗИ  - клинический анализ крови  - кровь на биохимическое исследование.  - кровь на ВИЧ,  - кровь на RW.  -общий анализ мочи,  - анализ мочи по Нечипоренко, | освоено |  |
| 24 | Оформление документациимедицинской сестры перевязочного кабинета.  -регистрация пациента в журнале перевязочного кабинета | освоено |  |
| 25 | Соблюдениеправил безопасности работы медицинской сестры перевязочного кабинета. | освоено |  |

# Текстовой отчет

Самооценка по результатам учебной практики

При прохождении производственной практики мною самостоятельно были проведены: Гигиеническое мытье рук медсестрой, Накрытие стерильного стола в перевязочном, процедурном кабинете, Одевание стерильной одежды на себя и хирурга, Обработка стом, Обработка кожи операционного поля, Обработка ожоговой поверхности, Обработка кожи, с целью профилактики пролежней, Проведение предстерилизационной обработки инструментария, Укладка операционного белья в бикс и подготовка к стерилизации, Обработка гнойной раны, гнойника, Хирургическая обработка рук современным способом, Подготовка всего необходимого к проведению местной инфильтрационной анестезии.

Режим отделения и санпросветработа

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима различных помещений ЛПУ.

Проведение дезинфекции предметов ухода за пациентом.

Проведение дезинфекции изделий медицинского назначения.

Проведение утилизации отходов медицинского назначения.

Проведение осмотра, сестринское обследование больных, составлять план ухода за больным.

Составление памятки и инструкции для пациентов.

Проведение оценки функционального состояния организма пациента, уровня его здоровья и физического развития.

Работа с документами

Применение лекарственных средств по назначению.

Оформление учетно-отчетной медицинской документации:

-выписка направлений:

- на УЗИ

- клинический анализ крови

- кровь на биохимическое исследование.

- кровь на ВИЧ,

- кровь на RW.

-общий анализ мочи,

- анализ мочи по Нечипоренко,

Оформление документациимедицинской сестры перевязочного кабинета.

-регистрация пациента в журнале перевязочного кабинета

Соблюдениеправил безопасности работы медицинской сестры перевязочного кабинета.

Я хорошо овладел(ла) умениями Наложение и снятие повязок:

А). Бинтовые

Б). Гипсовые.

В). Пластырные.

Г). Клеоловые.

Д). Герметизирующую (акклюзионную).

Е). Косыночные.

Ж). Чепец.

З). Уздечку.

И). На один глаз, на оба глаза.

К). Колосовидную на плечевой сустав.

Л). Черепашью (на локоть, колено).

М). Перчатку.

Н). Восьмиобразную на голеностопный сустав.

О). На культю.

П). Дезо.

Наложение транспортных шин Крамара, Дитерихса, Наложение бандажа, суспензория, Взятие крови для определения группы крови, резус фактора по целиклонам и стандартным сывороткам, Накрытие столика сестры анестезистки, Наложение кровоостанавливающего жгута на плечо, бедро, Обработка подключичного катетера, Снятие швов с раны (под контролем врача).

Особенно понравилось при прохождении практики Составление набора инструментов для:

А). Первичной хирургической обработки ран.

Г). Скелетного вытяжения

Д). При оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.

Е). Трахеостомии.

Ж). Плевральной пункции.

З). Спинномозговой пункции.

И). Венесекции.

Недостаточно освоены -

Замечания и предложения по прохождению практики замечаний нет

Студент **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись (расшифровка)