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. Шакировой Тахмины

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

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

Руководитель практики:

Ф.И.О. (его должность) Филенкова Надежда Леонидовна - преподаватель отделения «Сестринское дело»

Красноярск

2020 год

**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» состоит в закреплении и совершенствовании приобретенных в процессе обучения и учебной практики профессиональных умений, формировании компетенций обучающихся по профессиональной деятельности медицинской сестры.

**Задачи:**

1. Ознакомить студентов со структурой и организацией работы ККБ №1, его хирургических отделений, поликлиники и организацией работы среднего медицинскогоперсонала в хирургических кабинетах;

2.Обучить студентов оформлению медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни и т.д.)

3.Закрепить практические умения студентов при наложении бинтовых и шинных повязок, в использовании и практическом применении кровоостанавливающего жгута Эсмарха.

4.Закрепить практические умения студентов при работе со стерильным столом, хирургическими инструментами и соответствующими наборами инструментов.

5.Закрепить практические умения 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 за пациентами, находящимися в периоперативном периоде.

7.Сформировать навыки общения с больными и медицинским персоналом с учетом этических норм и знаний медицинской деонтологии.

**В результате учебной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за пациентами при хирургических заболеваниях

**Освоить умения:**

* готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
* осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
* консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
* осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
* проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;
* проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
* осуществлять паллиативную помощь пациентам;
* вести утвержденную медицинскую документацию;

**Знать:**

* причины, клинические проявления, возможные осложнения,
* методы диагностики проблем пациента организацию и оказание сестринской помощи;
* пути введения лекарственных препаратов;
* правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

**Тематический план**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов практики** | | | **Всего часов** |
|
|
| 1. | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация | | | 6 |
| 2 | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области. | | | 6 |
| 3 | Наложение транспортных шин при оказании ПМП | | | 6 |
| 4 | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | | | 6 |
| 5 | Сбор хирургических наборов (инструментов) при различных хирургических вмешательствах.  Наборы для спинномозговой пункции, новокаиновой блокады, плевральной пункции и определения групповой принадлежности крови. | | | 6 |
| 6 | Обработка чистых, гнойных ран. Туалет подключичного катетера и искусственных стом.  Итоговое занятие | | | 6 |
| **Вид промежуточной аттестации** | | | зачет |  |
| **Итого** | |  | | **36** |

**График прохождения практики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов практики** | | | **Дата** |
|
|
| 1. | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация | | | 07.12.2020. |
| 2 | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области. | | | 08.12.20202. |
| 3 | Наложение транспортных шин при оказании ПМП | | | 09.12.2020. |
| 4 | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | | | 10.11.2020. |
| 5 | Сбор хирургических наборов (инструментов) при различных хирургических вмешательствах.  Наборы для спинномозговой пункции, новокаиновой блокады, плевральной пункции и определения групповой принадлежности крови. | | | 11.12.2020. |
| 6 | Обработка чистых, гнойных ран. Туалет подключичного катетера и искусственных стом.  Итоговое занятие | | | 12.12.2020. |
| **Вид промежуточной аттестации** | | | зачет |  |
| **Итого** | |  | | **36** |

**Инструктаж по технике безопасности**

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

Дата 07.12.2020. Роспись Шакирова Т.Ш.

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Тема | Содержание работы |
| 1. | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация | 1.Обязанности медсестры оперблока.  2. Хирургическое и гигиеническое мытье рук.  3. Одевание стерильной одежды и перчаток  4. Накрытие стерильного стола  5.Готовить перевязочный материал (шарики, салфетки, тампоны, турунды).  6.Использовать в повседневной деятельности знания приказов и ОСТов МЗ РФ. |
| 2. | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области. | 1.Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области.  2.Решение кейсового задания. |
| 3. | Наложение транспортных шин при оказании ПМП | 1.Основные принципы транспортной иммобилизации.  2.Правила наложения шины Дитерехса, Крамера, импровизированных шин.  3.Обследование травматологического больного.  4.Решение кейсового задания. |
| 4. | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | 1.Изучить нормативную документацию  2.Приемы остановки кровотечений в разных анатомических областях:  Наложение артериального жгута на плечо и бедро  Наложение давящей повязки, закрутки  Пальцевое прижатие в определенной анатомической точке  3. Решение кейсового задания. |
| 5. | Сбор хирургических наборов (инструментов) при различных хирургических вмешательствах.  Наборы для спинномозговой пункции, новокаиновой блокады, плевральной пункции и определения групповой принадлежности крови. | 1.Составить набор инструментов для ПХО раны.  2.Составить набор инструментов для новокаиновой блокады  3.Для определения групповой принадлежности крови |
| 6. | Обработка чистых, гнойных ран. Туалет подключичного катетера и искусственных стом.  Итоговое занятие | 1.ПХО при ранениях  2.Принципы транспортной иммобилизации  3.Снятие швов  4.Обработка гнойной раны  5.Обработка искусственной стомы, трахеостомы, колостомы  6.Обработка подключичного катетера |
| 7. | Зачет по учебной практике |  |

**Манипуляционный лист**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Перечень манипуляций | Результат освоения | Роспись преподавателя |
| 1 | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 2 | Гигиеническая обработка рук | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 3 | Обработка рук хирурга | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 4 | Одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 5 | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 6 | Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 7 | Наложение транспортных шин при оказании ПМП | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 8 | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 9 | Сбор хирургических наборов (инструментов) для спинномозговой пункции. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 10 | Набор для новокаиновой блокады. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 11 | Плевральной пункции | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 12 | Набор для определения групповой принадлежности крови. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 13 | Обработка чистых ран. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 14 | Обработка гнойных ран. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 15 | Туалет подключичного катетера. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 16 | Туалет искусственных стом. | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 17 | Сбор медицинских отходов | освоено | Филенкова Н. Л. |
| 18 | Дезинфекция медицинского инструментария | освоено | Филенкова Н. Л. |

Методический руководитель практики Филенкова Н. Л.

Непосредственный руководитель Филенкова Н. Л.

Общий руководитель Филенкова Н. Л.

**Текстовой отчет**

Самооценка по результатам учебной практики

При прохождении учебной практики мною самостоятельно были проведены: изучение нормативных документов и приказов МЗ РФ, гигиеническая обработка рук, обработка рук хирурга, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования, сбор медицинских отходов, дезинфекция медицинского инструментария.

Я хорошо овладел(ла) умениями наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области, наложение транспортных шин при оказании ПМП, сбор хирургических наборов (инструментов) для спинномозговой пункции, наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении, обработка чистых ран, обработка гнойных ран.

Особенно понравилось при прохождении практики набор для новокаиновой блокады, плевральной пункции, набор для определения групповой принадлежности крови, туалет подключичного катетера, туалет искусственных стом.

Недостаточно освоены нет таковых.

Замечания и предложения по прохождению практики: отсутствуют

Студент Шакирова Т.Ш.Шакирова Т.Ш.

подпись (расшифровка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 07.12.2020. | **ЗАНЯТИЕ №1**  Тема: «Изучение нормативных документов и приказов МЗ РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук; одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация»   1. **Опишите обязанности медсестры оперблока, перевязочного и процедурного кабинета.**   **Основные задачи медсестры в операционной:**   * подготовка зала и всех участников процесса, входит в обязанности медсестры хирургического отделения; * своевременная доставка пациента на операционный стол, правильное расположение; * доставка больного в палату после завершения операции; контроль за наличием инструментов и материалов, их правильным, удобным для врача размещением; * операционная сестра точно знает сколько инструментов, тампонов, перевязочного материала было до начала работы, и следит в течение всего процесса, чтобы использованные предметы возвращались на место; * в задачу медсестры входит слежение за соблюдением правил асептики и антисептики всех присутствующих; * завершив работу, все материалы пересчитывают, подвергают обработке; * халаты, маски, белье, шовный материал, инструменты стерилизуют, за качеством процесса следит операционная медсестра; * в случае если в процессе операции отбирался материал для гистологического исследования, за своевременную доставку отвечает медсестра; * ведет документацию учета израсходованного материала и составляет отчетные бумаги.   **Обязанности медсестры перевязочного кабинета:**   * 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 медсестры процедурного кабинета:**   * выполнять манипуляции только по назначению врача; * вести журнал учета выполненных манипуляций; * в случаях возникновения осложнений, связанных с производством медицинских манипуляций, ставить в известность врача и регистрировать осложнения в соответствующем журнале; * проводить парентеральные введением лекарственных веществ (в/в, п/к, в/м); * в/к инъекции для диагностических проб; * производить забор крови для специальных исследований; * помогать (ассистенту) врачу при проведении технических манипуляций, которые имеют право выполнять только врач; * строгое соблюдение правил асептики и антисептики в кабинете при проведении процедур; * обеспечение процедурного кабинета в зависимости от профиля отделения наборов инструментов, перевязочного материала, сывороток для определения группы крови, шприцев для инъекций и вливаний, а также необходимых лекарственных веществ, сывороток, консервированной крови и крово заменителей; * введение по установленной в больнице форме учетной документации процедурного кабинета; * соблюдение принципов деонтологии, следить за внешним видом; * отчитываться в работе перед старшей процедурной медсестрой; участвовать в соревновании, наставничестве; * в случае необходимости оказать помощь процедурной медсестре других отделений; соблюдать санитарно-эпидемический режим в отделении;  1. **Алгоритм обработки рук до и после любой манипуляции.**  * Откройте кран и отрегулируйте капор воды. Вымойте барашки крана. * Намыльте руки мылом, начиная с запястья * Мойте правую ладонь левой, а затем левую правой. Мойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот. * Сделайте замок из пальцев (с ладонной стороны) и потрите их, (моя ногтевые ложа). Потрите круговыми движениями каждый палец на левой руке, а затем на правой. * Ополосните руки теплой проточной водой, (начиная с запястья) и закройте кран. |  |  |
|  | * Высушите руки индивидуальным или разовым полотенцем, начиная с кончиков пальцев, а затем выбросите полотенце в урну. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специаль) и одевают перчатки. * Наденьте чистые перчатки, если этого требует манипуляция.   **Примечания**: руки моют двукратным намыливанием. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специаль) и одевают перчатки.   1. **Алгоритм одевание стерильного халата на медсестру**  * Медсестра переодевается в специальную форму, надевает маску, чепчик, бахилы * Моет руки хирургическим способом и обрабатывает их, 3-мя салфетками, используя кожный антисептик (первомур, хлоргексидин, АХД – 2000 и т.д.). * Достает стерильными руками из бикса стерильный халат, разворачивает его, на вытянутых руках, левой стороной к себе, держа его на весу. * Поочередно вставляет руки в рукава, и разводит руки в стороны, а санитарка, зайдя с зади, за тесемки на халате подтягивает его к себе тем самым натягивает халат на плечи медсестры. * Тесемки на рукаве медсестра завязывает самостоятельно, а затем подает пояс его санитарке отступя 10 см от кончика с обеих сторон (под контролем зрения), которая берет их и завязывает сзади. * Затем медсестра надевает стерильные перчатки беря их самостоятельно из бикса или из стерильного пакета, (который открывает санитарка). * Надетые перчатки должны скрывать тесемки на рукавах.   **Алгоритм одевания стерильных перчаток**   * После облачения в стерильный халат достать упаковку со стерильными перчатками из бикса. * Развернуть упаковку- салфетку, не касаясь перчаток. * Завернуть манжету перчаток, захватив ее изнутри первым и вторым пальцами. * Захватив за манжету правой перчатки изнутри, левой рукой натянуть перчатку на правую руку и нижнюю треть предплечья, заправив на халат. * Расправить перчатки на руках, обработать их марлевыми шариками, смоченными спиртом. * Облачение хирурга в перчатки (медицинская сестра в стерильных перчатках). * Достать и развернуть упаковку с перчатками. * Взять надеваемую перчатку за манжету снаружи кончиками пальцев обеих рук. * Повернуть перчатку к хирургу ладонной поверхностью и надеть на руки хирурга. * Аналогичную манипуляцию проделать со второй перчаткой. * Подать шарик со спиртом хирургу для обработки перчаток.  1. **Алгоритм накрытие стерильного стола**  * Надеть колпачок и маску, под проточной водой с мылом вымыть руки и вытереть насухо стерильным полотенцем. * Обработать руки ра-ром (хлоргексидина, первомура, АХД-2000), трижды, тремя салфетками по правилам. * Одеть стерильный халат с помощью санитарки на себя. В открытом санитаркой биксе проверить индикатор стерильности, затем рукой раскрыть простынь, выстилающую бикс так, чтобы она закрыла края бикса. * Санитарка трижды обрабатывает столешницу стола дезраствором (тремя салфетками). * Достать стерильными руками из бикса простынь, развернуть на вытянутых руках и разложить на столе в один слой так, чтобы она свисала впереди со столешницы на20 см. * Вторую, третью и четвертую простынь складывают в двое и укладывают на стол так, чтобы они свисали над столом не более чем на10-15 см., а затем укладывают пятую простынь в один слой полностью закрывающий все предыдущие. * Далее хирургическими цапками «бельевыми цапками» захватывают передние концы 5 простыни, а сзади захватывают все слои с 2х сторон, далее первую простынь поднимают вверх, отсчитывают три слоя нижележащих простыней и также захватывают бельевыми цапками.   Примечание:  1. Стерильный стол считается стерильным в течении 6 часов, после взятия со стола инструментария тут же закрывается.  2. Со стерильного стола медицинская сестра берет инструментарий стерильным сухим пинцетом, Неиспользованный инструмент, взятый со стерильного стола, обратно не возвращается.   1. **Принципы организации лечебно-охранительного режима:**  * четкое соблюдение распорядка дня в отделении, который должен быть построен с учетом интересов больного. Так, во время сна и отдыха не следует беспокоить больных лечебными и диагностическими манипуляциями, а также уборкой помещений. Если больному выполняется манипуляция ночью, то включить лучше не общий свет в палате, а индивидуальный. Нужно вовремя выключить телевизор в холле, следить, чтобы после 22 ч. были выключены радиоприемники и телевизоры в палатах; * преобразование внешней больничной среды – в отделении должно быть чисто, тепло, уютно, тихо. Медперсонал отделения должен разговаривать негромко и следить, чтобы больные между собой говорили тихо. Флоранс Найтингейл писал: «… на больного тягостнее всего действует всякий ненужный шум и суматоха. Они возбуждают в нем в высшей степени напряжение и чувство ожидания чего-то»; * чуткое бережное отношение медицинского персонала к больному. Обращение к нему по имени – отчеству. Умение хранить «сердечные тайны» его. Умение слушать и слышать (нередко больной благодарен врачу только за то, что он его внимательно выслушал). Проведение разбора и обмена мнениями во время врачебного обхода вне палаты; * проведение беседы с больным накануне операции, а также обязательное ежедневное посещение его в послеоперационном периоде оперирующим хирургом (даже если больной находится в ОРИТ); * профилактику стрессовых ситуаций – медперсонал должен следить, чтобы в окружении больного не было раздражающих факторов.   07.12.2020 Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в call-центре отвечала на звонки. |  |  |
| 08.12.2020. | **ЗАНЯТИЕ №2**  Тема: «Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и безбинтовых повязок на различные анатомические области».   1. **Меры профилактики ВБИ в хирургическом стационаре**.  * соблюдение санитарно-гигиенического режима; * соблюдение правил сбора, хранения и удаления отходов в ЛПУ; * уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах, окружающих пациента, и предметах медицинского назначения путём их дезинфекции; * устранение возбудителей инфекции путём обследования пациентов и медицинского персонала, рационального назначения антибиотиков, смены антисептических средств; * прерывание путей передачи при строгом соблюдении асептики; * осуществление эффективного контроля стерилизации и дезинфекции; * повышение устойчивости организма человека.  1. **Роль медсестры при уходе за послеоперационным больным**.  * Подготовка помещения к приёму послеоперационного больного и поддержание в нём стерильности. Необходимо тщательно подготовить палату – провести кварцевание, проветривание, сменить постельные принадлежности. * Систематическое наблюдение за больным. Требуется регулярно отслеживать температуру тела, проверять частоту пульса, артериальное давление, справляться у больного о его общем самочувствии, болевых ощущениях, дискомфорте, осуществлять контроль заживления раны. Если больной без сознания, информацию о его состоянии получают путём измерения физиологических показателей и визуального осмотра. * Уход за раной. Требуется своевременно менять повязки, дренажи, катетеры, производить обработку раны антибактериальными средствами; следить за комфортом для пациента. * Обеспечение функций жизнедеятельности. Следует обеспечить пациенту соответствующий его состоянию пищевой и питьевой режим, осуществлять динамический контроля за выделением мочи и кала. * Проведение гигиенических процедур. Необходимо с первого дня проводить профилактику пролежней, очищать кожные покровы от загрязнений, производить санацию полости рта. * В целях скорейшего восстановления больного ему необходимы сеансы ЛФК, массаж мышц спины и конечностей.  1. **Алгоритм наложения окклюзионной повязки:**  * Убедитесь в наличии открытого пневмоторакса * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). * При наличии ИПП, вскрываем его и прикладываем к ране стерильной стороной. * При отсутствии ИПП, положите на рану стерильную салфетку, затем нужного размера кусок целлофанового пакета, смазываем вазелином и прикладываем к ране (прижимая по периферии). * При наличии ИПП, одну ватно-марлевую подушечку плотно прижимают в проекции раны к прорезиненной оболочке, а другую продвигают по бинту на противоположную сторону. * При отсутствии ИПП, из бинта или ткани изготавливают валик и прикладывают в центр предполагаемой раны поверх целлофана * Фиксируют валик (подушечку) бинтом или тканью циркулярной повязкой с портупеей. * Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки   **Примечание:** при отсутствии (ИПП), можно использовать клеенку, целлофан, лейкопластырь и т.д.  **Наложение повязки Дезо:**   * Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на рану стерильную салфетку. * Поместить в подмышечную впадину ватную подушечку (валик). * Перевести руку на грудь. Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом. * Провести закрепляющий тур к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая плечо к грудной клетке. * Провести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны. * Провести бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть. * Обогнуть локтевой сустав и поддерживая предплечье направить бинт косо вверх в подмышечную впадину здоровой стороны. * Провести бинт по задней поверхности грудной клетки на больное надплечье. * Опустить по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье. * Направить бинт на заднюю поверхность грудной клетки в подмышечную впадину здоровой стороны и зафиксировать булавкой. * Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки   **Наложение повязки на коленный сустав:**   * Убедитесь в наличии раны или ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. * Уложите или усадите (в зависимости от места травмы) пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. * Закрепляющий тур в области коленного сустава начинают с кругового хода бинта через подколенную чашечку. * Затем бинт направляется на заднюю поверхность сустава в проекции подколенной ямки с переходом на голень. * Далее вокруг голени, через подколенную ямку и на бедро, прикрывая предыдущий тур на ½. * Туры бинта идут попеременно, выше и ниже, перекрещиваясь в подколенной области. * Закрепляется повязка в нижней трети бедра. * Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки   **Повязка на голеностопный сустав:**   * Убедитесь в наличии раны или ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. * Уложите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. * Накладывают фиксирующий тур выше голеностопного сустава. * По тыльной поверхности голеностопного сустава бинт переводят на стопу. * Далее вниз на подошвенную поверхность стопы, переходят на внутреннюю поверхность сустава и голень, где осуществляют фиксирующий тур. * Затем повторяют данный ход бинта многократно до полной фиксации сустава. * Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки   **Повязка «ВАРЕЖКА»**   * Убедитесь в наличии раны или ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. * Фиксирующий тур наложить в области лучезапястного сустава. * Далее бинт перегнуть и вести по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев. * Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья перегнуть. * Несколькими возвращающимися турами полностью закрыть пальцы. * Повязку закончить спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепить на предплечье фиксирующим туром. * Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки.   **Наложение повязки «ПЕРЧАТКА»**   * Убедитесь в наличии раны или ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. * Фиксирующий тур наложить на область лучезапястного сустава. * Затем бинт с лучевого края лучезапястного сустава вести косо на тыл запястья по направлению к пятому пальцу левой кисти, к первому пальцу правой кисти. * Отсюда накладывать обычную спиралевидную повязку. * Закончив бинтование пальца, бинт перевести на тыл кисти и косо направить к локтевой стороне лучезапястного сустава. * Фиксирующий тур в области лучезапястного сустава. * Так же бинтовать все остальные пальцы. Повязку закончить фиксирующим туром в области лучезапястного сустава. * Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки.   08.12.2020. Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в call-центре отвечала на звонки. Измеряла температуру. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 09.12.2020. | **ЗАНАТИЕ №3**  Тема: «Наложение транспортных шин при оказании ПМП»   1. **Основные принципы транспортной иммобилизации.**   1.Шина обязательно должна захватить два, а иногда (нижняя конечность) три сустава.  2.При иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей функциональное положение, а если это невозможно - такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.  3.При закрытых переломах необходимо до окончания иммобилизации провести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.  4.При открытых переломах вправление отломков не производится - накладывают стерильную повязку и конечность фиксируют в том положении, в котором она находится в момент повреждения.  5.При закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно. При открытых переломах - разрезается одежда и накладывается стерильная повязка.  6.Нельзя накладывать шину прямо на тело: необходимо подложить мягкую повязку (вату, полотенце и т.д.).  7.Во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.  8.Надо всегда помнить, что неправильное выполнение иммобилизации может привести к дополнительным повреждениям. Так, недостаточная иммобилизация закрытого перелома может превратить его в открытый и тем самым утяжелить повреждение и ухудшить его исход.   1. **Общие реакции организма на повреждение**   **Обморок** - внезапная кратковременная потеря сознания вследствие остро наступившего малокровия головного мозга. Пульс при этом замедлен, артериальное давление снижено, зрачки сужены. Быстро наступившая анемия мозга резко снижает функцию двигательных и вегетативных центров. Иногда перед обмороком больные отмечают головокружение, тошноту, звон в ушах, ослабление зрения.  **Коллапс -** одна из форм острой сердечно-сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким падением сосудистого тонуса или быстрым уменьшением массы циркулирующей крови, что приводит к уменьшению венозного притока к сердцу, снижению артериального и венозного давления, гипоксии головного мозга и угнетению жизненно важных функций организма. При травмах развитию коллапса способствуют повреждения сердца, кровопотеря, тяжелая интоксикация, сильное болевое раздражение. |  |  |
|  | **Травматический шок** - тяжелый патологический процесс, возникающий в организме как общая реакция на тяжелое механическое повреждение тканей и органов. Этот процесс характеризуется нарастающим угнетением основных жизненных функций организма вследствие нарушения нервной регуляции, гемодинамики, дыхания и обменных процессов.   1. **Правила наложения гипсовой повязки.**  * При наложении гипсовых повязок необходимо соблюдать следующие правила: * Для достижения полного покоя, особенно при переломах, создать неподвижное положение не только поврежденной кости, но и двум ближайшим суставам. * При наложении повязки придать больному такое положение, чтобы был доступ свободный к поврежденной конечности. При этом конечность необходимо удерживать совершенно неподвижно до полного застывания гипса. * Во время наложения повязки следить за каждым туром гипсового бинта, чтобы они ложились ровно. Для этого повязку нужно все время моделировать, она должна равномерно облегать часть тела, но не сдавливать ее. При неправильной, тугой повязке могут образоваться пролежни и даже развиться некроз конечности. * При наложении повязки концы пальцев оставлять открытыми для наблюдения. * Во избежание смещения отломков и возникновения прочного положения следить, чтобы конечность во время наложения повязки не смещалась. * В тех местах, где имеются костные выступы, положить серую вату, т.к. она не гигроскопична. * На кровать под матрац положить щит. * После наложения повязки производят ее маркировку, т.е. пишут на ней чернильным карандашом схему повреждения костей и три даты: день перелома, день наложения повязки, день предполагаемого срока снятия.   Средний медицинский работник не имеет права накладывать циркулярные повязки, но всегда помогают врачам. Самостоятельно имеют право накладывать гипсовые лонгеты. Перед наложением гипсовой лонгеты ее замачивают в воде (опускают на дно тазика и ждут, пока не выделятся все пузырьки воздуха), затем ее отжимают ладонями с обеих сторон, расправляют и разглаживают ладонями так, чтобы не было складок, затем ее накладывают на конечность и тщательно моделируют повязку в области суставов. Когда лонгета затвердеет, ее фиксируют бинтов, но не туго. |  |  |
|  | 1. **Перечислите и опишите изменения, возникающие в суставах, приводящие к нарушению объема движений.**   **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.   **Ригидность –** пластическое повышение тонуса мышц.  **Избыточная подвижность.**  **Патологическая подвижность.**   1. **Алгоритм наложение шины Крамера**  * Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. * Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. * В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. * Приготовить нужного размера шину, помните правило: обязательно фиксировать два сустава (выше и ниже от места перелома). * Измерить расстояние от кончиков пальцев до локтя * (по здоровой конечности), данный размер перенесите на шину Крамера и на этом уровне согните шину под прямым углом. * Приложите шину к поврежденной конечности от кончиков пальцев до С/3пллечевой кости * Установите предплечье и кисть в среднем положении; кисть несколько согнуть, ладонную поверхность обратить к животу. Вложить в кисть валик из мягкой ткани. * Фиксируют шину на поврежденной конечности спиральными турами бинта – вблизи локтевого и лучезапястного суставов. Шинированную конечность подвесить на косынке или полосе ткани.   **Алгоритм наложения шины Дитерихса**   * Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. * Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. * В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. * Приготовить шины Дитерихса, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). * Наложение шины начинают с фиксации подошвенной части шины (подстопника) к подошве поврежденной конечности. Внешнюю часть шины (длинную) одним концом раздвигают до подмышечной впадины, а противоположный конец проводят через металлическую скобу подошвенный части шины. Внутреннюю часть шины, начинают от промежности, и также проводят через скобу подошвенной части шины. Боковые части шины должны выступать за подошвенную часть на 8-10 см. * За подошвенной частью оба нижние боковые конца шины соединяют между собой, надевая скобу шарнирной дощечки внутренней части на выступ внешней части шины. * Перед фиксацией шины, (выступающие костные фрагменты в области голеностопного и коленного сустава) обкладывают ватой. * Смоделированную шину фиксируют (как правило, три сустава) спиральными турами бинта и с помощью специальных лент (в области в/3 бедра и н/3грудной клетки) закрепленных на шине.   09.12.2020. Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в call-центре отвечала на звонки. |  |  |
| 10.12.2020. | **ЗАНЯТИЕ №4**  Тема: «Сбор хирургических инструментов (наборов) при различных хирургических вмешательствах, спинномозговой пункции, новокаиновой блокаде. Определение групповой принадлежности крови».   1. **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 сыворотки A(II)β и Β(III)α дают агглютинацию с эритроцитами группы AB(IV).   * **Резус – фактор (Rh –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 переливания человеку резус – отрицательному, резус – положительной крови (у беременной резус – отрицательной женщины развивается резус – положительный плод).  1. **Функции крови:**  * **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.   * **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.   1. **Методика 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.  1. **Осложнения при переливании крови:**   **Пирогенные реакции** проявляются повышением температуры тела, иногда ознобом, болями в пояснице и костях. В этих случаях показано применение жаропонижающих средств и кардиальной терапии.  **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.  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.  **Гемотрансфузионный шок** развивается при переливании, несовместимой по группе или резус-фактору крови. В настоящее время известно много агглютиногенов, которые имеются в крови человека.   1. **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:**  **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.   **Относительные:**   * подострый септический эндокардит без прогрессирующего развития диффузного гломерулонефрита и расстройств общего кровообращения; * пороки сердца с недостаточностью кровообращения ІІб степени; * выраженный амилоидоз; * остротекущий туберкулез.   10.12.2020. Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в call-центре отвечала на звонки, измеряла температуру пациентам. |  |  |
| 11.12.2020. | **ЗАНЯТИЕ №5**  Тема: «Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении».   1. **Кровотечение** - так называют излияние крови из кровеносных сосудов при повреждении или нарушении проницаемости их стенок.   **Виды кровотечений:**  **Капиллярное -** возникает при поверхностных ранах; кровь из раны вытекает по каплям;  **Венозное** - возникает при более глубоких ранах, как, например, резаных, колотых; при этом виде кровотечения наблюдается обильное вытекание крови темно-красного цвета;  **Артериальное** - возникает при глубоких рубленых, колотых ранах; артериальная кровь ярко-красного цвета бьет струей из поврежденных артерий, в которых она находится под большим давлением;  **Смешанное кровотечение** - возникает в тех случаях, когда в ране кровоточат одновременно вены и артерии.   1. **Местные симптомы кровотечения (легочное, желудочно-кишечное, в различные полости).**   - При легочном кровотечении наблюдается кровохарканье или изо рта и носа выделяется пенящаяся кровь.  - При пищеводном и желудочном кровотечении возникает рвота кровью или типа «кофейной гущи»  - Кровотечение из желудка, желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки обычно проявляется дегтеобразным стулом – мелена.  - Малиновая, вишневая или алая кровь может появляться в кале при различных источниках кровотечения в толстой или прямой кишке.  - Кровотечение из почек проявляется алой окраской мочи – гематурия.   1. **Осложнения кровотечений**   **Геморрагический шок** – проявляется типично в виде 2х стадий:  - 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** встречается редко. Ее наблюдают при ранении вен, особенно тех, которые слабо спадаются при повреждении и в которых давление крови близко к нулю или является отрицательным, например, в яремных, подключичных венах при вдохе. Редкими являются случаи воздушной эмболии при ранении легких, поскольку поврежденные вены, будучи тонкостенными, легко сдавливаются в зоне ранения, а легочная ткань в этом участке, пропитываясь кровью, становится относительно безвоздушной.  **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.  **Сдавление органов и тканей**   1. **Способы и методы окончательной остановки кровотечения.**   Методы окончательной остановки кровотечений условно подразделяются на:  **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.  **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). 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.  **Химические методы** остановки кровотечения основаны на применении различных медикаментов, обладающих сосудосуживающим эффектом и повышающих свертываемость крови.  **Биологические методы** остановки кровотечения основаны на использовании биологических препаратов общего и местного действия.  **Комбинированные методы** весьма разнообразны и эффективны и на практике используются чаще всего.   1. **Алгоритм наложение жгута Эсмарха при кровотечении из плечевой артерии:**   1 Помощник прижимает артерию пальцем  2 Надеть медицинские перчатки  3 Придать возвышенное положение конечности  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, исчезновения пульсации на периферических сосудах  7 Накладывать туры жгута, так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу  8 Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком  9 Определить правильность наложения  10 Поместить записку под один из туров жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты)  11 Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики  12 Сделать иммобилизацию конечности  13 Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором  15 Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения  16 Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках  17 В лечебном учреждении решить вопрос о профилактике столбняка  ПРИМЕЧАНИЕ: в зимнее время года, жгут накладывают не более, чем на 1 час, в летнее время года - не более, чем на 2 часа, наблюдая за кожными покровами конечности, пульсом, АД.   1. **Алгоритм наложения давящей повязки**  * Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Провести туалет раны, используя временный способ для остановки кровотечения. * На рану наложить стерильную салфетку, сверху – валик из ваты или марли или свернутых ватно-марлевых подушек ППИ (пилот). * Туго прибинтовать его, используя перегиб бинта над пилотом зафиксировать булавкой. * Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки   **Алгоритм наложение жгута закрутки**   * Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, кровотечения. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. * Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. * Платок, ремень, широкую тесьму завязать спереди двумя отстающими друг от друга двойными узлами, между которыми продеть палочку-закрутку; * Закрутить ее до прекращения кровообращения; * Свободный конец палочки-закрутки зафиксировать туром бинта и булавкой; * Под закрутку положить аналогичную записку ( время, дата наложения закрутки. * Выполнить иммобилизацию конечности одним из известных способов.   11.12.2012. Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в горячей линии ковидной бригады, оформляла вызовы ковидной бригады на дом пациентов. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12.12.2020. | **ЗАНЯТИЕ №6**  Тема: «Обработка чистых, гнойных ран, искусственных стом и подключичного катетера»   1. **Классические признаки раны:**   **Боль (dolor**) – одна из основных жалоб, которую предъявляет пострадавший.  **Кровотечение (Haemorrhahia**) – обязательный признак раны, так как повреждение любой ткани, начиная с кожи и слизистой оболочки, сопровождается нарушением целостности сосудов.  **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.   1. **Этапы 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  Первый период длится 1-4 суток, отражает сумму последовательных сосудистых реакций, характеризующих механизм острого воспаления. 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.  **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.  **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.   1. **Алгоритм проведения ПХО:**  * Снимаем старую повязку * Пинцетом обрабатываем кожу кожным антисептиком по методу Филончикова * Промываем рану перекисью водорода * Останавливаем кровотечение * Зондируем рану зондом Кохера с целью выявления скрытых полостей, если таковые есть необходимо скрыть. * Дренировать, вновь обработать кожу по методу Филончикова * Наложить повязку с гипертоническом раствором, ферментами или мазью   **Набор инструментов**:  1.Цапки бельевые.  2. Скальпели: брюшиетый остроконечный.  3. Пинцеты: хирургические, анатомические, лапчатые.  4. Зажимы кровоостанавливающие: Кохера, Бильрота, типа москит.  5. Ножницы: Купера, Рихтера, прямые,  6. Крючки: Фарабефа, Лангенбека, зубчатые.  7. Игла Дешана.  8. Зонды: желобоватый, пуговчатый, Кохера.  9. Корнцанги.  10. Иглодержатели: Гегара, Матье.  11. Иглы: режущие, круглые.  12. Ложечка Фолькмана.  13. Кусачки Листона.  14. Кусачки Люэра.  15. Распаторы: прямые, изогнутые.  16. Долото: прямое, изогнутое.  17. Молоток.  18. Пила Джильи, пила-ножовка,  19. Шприцы и иглы к ним разных размеров.  20. Йодонат 1%, спирт 70%, новокаин 0,25   1. **Алгоритм обработки гнойной раны**  * Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. * Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. * Одеваем маску, убираем волосы под чепчик, моем руки под проточной водой. * Обрабатываем руки кожным антисептиком, одеваем перчатки. * Кожным антисептиком обрабатываем края раны от периферии к центру. * Промываем рану перекисью водорода, просушиваем стерильной салфеткой и вставляем дренаж по показаниям. * Накладываем салфетки, смоченные в гипертоническом растворе и сверху асептическую салфетку и фиксируем бинтом. * Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки * Проводить пациента до палаты, помочь ему лечь в постель  1. **Техника выполнения ухода за колостомой**   Манипуляция проводится в резиновых перчатках.  1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.  2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.  3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом.  4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту.  5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой.  6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.  **Техника выполнения ухода за трахеостомой.**  1. Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.  2. Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи. Для этого следует:  а) за 30 мин до отсасывания приподнять ножной конец кровати и сделать массаж грудной клетки;  б) за 10 мин до отсасывания слизи через трахеотомическую трубку влить 1 мл 2 % раствора натрия гидрокарбоната для разжижения слизи;  в) ввести в трахеотомическую трубку на 10-15 см стерильный трахеобронхиальный катетер;  г) соединить катетер с отсосом и отсосать скопившуюся слизь (или сделать это с помощью шприца Жане).  3. Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует:  а) положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина;  б) используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином;  в) после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.  **Уход за подключичным катетером**  1. Обработать руки на гигиеническом уровне, при контакте с катетером использовать перчатки.  2. Осматривать кожные покровы вокруг катетера и сам катетер не менее 2-х раз в сутки: - катетер должен быть закрыт стерильной повязкой или плёнчатым одноразовым фиксатором (место введения катетера должно быть доступно визуальному осмотру без удаления повязки); - конец или все концы катетера (если он многопросветный) должны быть закрыты инъекционными колпачками.  3. Проводить смену лейкопластырной повязки в соответствии с врачебными назначениями 2-3 раза в неделю, при промокании - немедленно. Обрабатывать кожу вокруг катетера одним из антисептических растворов. Указывать дату и время перевязки, фамилию медсестры.  4. Быстро проводить подключение и отключение системы: - попросить пациента задержать дыхание на момент разгерметизации системы; - немедленно закрыть катетер стерильной пробкой сразу после отключения системы (снова попросить пациента задержать дыхание).  5. Проводить гепаринизацию катетера, «гепариновый замок» каждые 24 часа и после каждого использования катетера. Время гепаринизации следует отражать в карте пациента.  6. Менять: - инъекционные колпачки 2-3 раза в неделю; - инфузионные системы каждые 24 часа; - проводить отметку в карте пациента с указанием фамилии медсестры.  7. Немедленно оповестить врача, если катетер перестал функционировать. Поставить в известность лечащего врача или заведующего отделением в случае каких-либо осложнений, особенностей.  8. Помнить, что удалять или менять катетер может только врач.  9. Проследить, чтобы дата постановки и удаления катетера были зафиксированы в истории болезни пациента.    12.12.2020. Я работала в межрайонной больнице №5, осуществляла работу в программе qms, оформляла рецепты для пациентов. Работала в горячей линии ковидной бригады, оформляла вызовы ковидной бригады на дом пациентов. |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |