



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



Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гильмана

Уход за больными хирургического профиля

сборник ситуационных задач с эталонами ответов для студентов
1 курса, обучающихся по специальности
060101 – Лечебное дело

Красноярск
2014

УДК 616-083(076.1)

ББК 53.508

У 89

Уход за больными хирургического профиля: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для студентов 1 курса, обучающихся по специальности 060101 – Лечебное дело/сост. Е.В. Дябкин, Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2014.- 150 с.

Составители: к.м.н., ассистент Дябкин Е.В., д.м.н., профессор Винник Ю.С., к.м.н., профессор Кочетова Л.В.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям ФГОС (2010) высшего профессионального образования по специальности 060101 – Лечебное дело; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 060101 – Лечебное дело.

Рецензенты: зав. кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д.м.н., профессор Черданцев Д.В.;

зав. кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

Рекомендовано к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 4 от «18» декабря 2014 г.).

КрасГМУ
2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
1.Общие вопросы ухода за хирургическими больными. Хирургическое отделение.....	6
2.Требования к хирургическому стационару, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Приёмное отделение, операционный блок	8
3.Виды хирургических отделений. Принципы организации работы, структура, оборудование. Уборка помещений	10
4.Приемное отделение и операционный блок: принципы работы, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Потоки больных	13
5.Личная гигиена хирургического больного.....	15
6.Общая подготовка больного к операции	16
7.Подготовка больных к операциям на органах брюшной полости.....	19
8.Техника манипуляций по уходу за хирургическими больными. Основы десмургии.....	22
9.Дренажи: виды, классификация. Уход за дренажами.....	25
10. Уход за больными после операций на лице, голове и шеи.....	28
11.Уход за больными после операций на органах брюшной полости...	30
12. Диеты: виды, показания и противопоказания.....	33
13.Особенности кормления хирургических больных. Парентеральное питание. Стомы: колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома. Правила и техника ухода.....	35
14.Уход за больными после операций на органах мочеполовой сферы.	37
15.Уход за травматологическими больными и пациентами после операций на позвоночнике.....	40
16.Транспортная иммобилизация больных. Транспортировка пострадавших.....	43
17.Уход за больными после операций на сосудах и сердце.....	46
18. Временные методы остановки кровотечения.....	48
19.Уход за больными после операций на лёгких.....	50
20.Основы сердечно-лёгочной реанимации. Восстановление проходимости дыхательных путей.....	53
Эталоны ответов по теме 1 «Общие вопросы ухода за хирургическими больными. Хирургическое отделение».....	56
Эталоны ответов по теме 2 «Требования к хирургическому стационару, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Приёмное отделение, операционный блок»	59
Эталоны ответов по теме 3 «Виды хирургических отделений. Принципы организации работы, структура, оборудование. Уборка помещений» .	63

Эталоны ответов по теме 4 «Приемное отделение и операционный блок: принципы работы, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Потоки больных»	69
Эталоны ответов по теме 5 «Личная гигиена хирургического больного».....	73
Эталоны ответов по теме 6 «Общая подготовка больного к операции».	77
Эталоны ответов по теме 7 «Подготовка больных к операциям на органах брюшной полости»	82
Эталоны ответов по теме 8 «Техника манипуляций по уходу за хирургическими больными. Основы десмургии»	95
Эталоны ответов по теме 9 «Дренажи: виды, классификация. Уход за дренажами»	100
Эталоны ответов по теме 10 «Уход за больными после операций на лице, голове и шеи»	103
Эталоны ответов по теме 11 «Уход за больными после операций на органах брюшной полости»	107
Эталоны ответов по теме 12 «Диеты: виды, показания и противопоказания».....	110
Эталоны ответов по теме 13 «Особенности кормления хирургических больных. Парентеральное питание. Стомы: колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома. Правила и техника ухода»	113
Эталоны ответов по теме 14 «Уход за больными после операций на органах мочеполовой сферы»	120
Эталоны ответов по теме 15 «Уход за травматологическими больными и пациентами после операций на позвоночнике»	124
Эталоны ответов по теме 16 «Транспортная иммобилизация больных. Транспортировка пострадавших»	129
Эталоны ответов по теме 17 «Уход за больными после операций на сосудах и сердце»	133
Эталоны ответов по теме 18 «Временные методы остановки кровотечения».....	137
Эталоны ответов по теме 19 «Уход за больными после операций на лёгких».....	140
Эталоны ответов по теме 20 «Основы сердечно-лёгочной реанимации. Восстановление проходимости дыхательных путей».....	143

ВВЕДЕНИЕ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов по учебной практике «Уход за больными хирургического профиля» для студентов 1 курса, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело, написан коллективом авторов кафедры общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана КрасГМУ. Сборник соответствует учебной программе дисциплины (согласно требованиям Федерального государственного образовательного стандарта (2010) высшего профессионального образования).

Сборник содержит 172 задачи в соответствии с перечнем разделов программы учебной практики.

В формулировке условий задач используются однозначные и четкие определения. Каждая ситуационная задача имеет пять вопросов в соответствии с утвержденными критериями выставления оценок. Количество ситуационных задач по каждой теме (7-10) достаточно для усвоения и закрепления учебного материала. К каждой ситуационной задаче приводится эталон ответа. При изложении материала учтены особенности и объем базисной подготовки студентов 1 курса, обучающихся по специальности 060101 – лечебное дело.

Степень компетентности ситуационных задач, содержащихся в сборнике, позволит обучающимся самостоятельно продемонстрировать уровень подготовленности по учебной практики «Уход за больными хирургического профиля», будет способствовать усвоению материала и позволит студентам наиболее полно подготовиться к дифференцированному зачёту.

Тема 1: «Общие вопросы ухода за хирургическими больными. Хирургическое отделение»

Задача 1

Больная Т., 64 года поступила в отделение неврологии с острым нарушением мозгового кровообращения. В течение нескольких дней медсестра осуществляла уход за пациентом (кормила, меняла белье), через некоторое время она стала замечать покраснение в области крестца.

Вопросы:

1. К чему это может привести?
2. Как ухаживать?
3. Что необходимо делать, чтобы не образовались пролежни?
4. Чем обрабатывать если наметились пролежни?
5. Что такое пролежни?

Задача 2

У больного Д. 60 лет после инсульта нарушен глотательный рефлекс, после приема пищи медсестра не проводит гигиену полости рта.

Вопросы:

1. К чему это может привести?
2. Как часто нужно проводить гигиену полости рта?
3. Какие правила нужно соблюдать при обработке полости рта?
4. Когда нужно проводить обработку полости рта?
5. С помощью чего может производиться санация полости носа?

Задача 3

Больная С., 55 л., парализована. Была обнаружена инфекционная диарея, после каждого стула медсестра меняла подгузники, но не подмывала больную.

Вопросы:

1. Какие последствия могут возникнуть?
2. Как правильно подмывать больных?
3. Чем подмывать больного?
4. Рекомендации врача при данной болезни?
5. Какие диеты назначает врач при диарее?

Задача 4

Больной П., 45 л., у которого постельный режим, жалуется на обильные гнойные выделения из глаз.

Вопросы:

1. Чем необходимо обрабатывать глаза пациентов?
2. Сколько раз меняются тампоны при обработке глаз?
3. Чем высушивают глаза?
4. У кого встречаются частые проблемы с глазами?

5. Как правильно обрабатывать? Алгоритм действий при обработке глаз.

Задача 5

У больного Л., 47 л., ведущего неподвижный образ жизни, медсестра обнаружила скопление слизи в полости носа.

Вопросы:

1. К чему это может привести?
2. С помощью чего прочищаются носовые ходы?
3. На какое время можно оставить турунды в носовых ходах?
4. Как правильно удалять из носа корочки?
5. Какие анализы необходимо сдать?

Задача 6

Больной М., 48 лет получил травму волосистой части головы во время ДТП, на короткое время потерял сознание.

Вопросы:

1. В какое отделение следует отправить пострадавшего?
2. Назовите виды хирургических отделений?
3. Опишите устройство хирургического отделения?
4. Опишите устройство приемного отделения?
5. Каковы функции приемного отделения?

Задача 7

Больная С., поступила в отделение, которое состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, комнаты дежурных хирургов, смотровой комнаты, санпропускника и перевязочной.

Вопросы:

1. Как называется это отделение?
2. Входят ли в это отделение кабинеты УЗИ, эндоскопии, рентгенографии, клинической лаборатории.
3. Опишите устройство приемного отделения.
4. Как организована работа в приемном отделении?
5. Напишите схему санитарной обработки больных, поступивших в приемное отделение.

Задача 8

Пациентке И., находящейся в нейрохирургическом отделении планируется операция по удалению опухоли головного мозга.

Вопросы:

1. Подготовка операционного поля у данной больной.
2. Перечислите виды бритья.
3. Чем опасно сухое бритье?
4. Алгоритм действия при влажном бритье.

5. Алгоритм действия при удалении волосяного покрова с использованием химических веществ.

Тема 2: «Требования к хирургическому стационару, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Приёмное отделение, операционный блок»

Задача 1

Больная Ш., 56 л. поступила в приемный покой с резкими болями в верхней половине живота, тянущего и жгучего характера, иррадиирущими болями в спину.

Вопросы:

1. Методы диагностики и определение диагноза?
2. В какое отделение её определить?
3. Какое лечение назначить?
4. Осложнения, которые могут возникнуть от внутримышечных инъекций?
5. Перечислите факторы риска, способствующие возникновению инфекции?

Задача 2

Больной 19 лет, болен 3 дня. Жалобы на постоянные боли внизу живота больше справа. Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°C. Многократная рвота. Черты лица заострены, кожные покровы бледные, слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 уд. в мин. При пальпации живот вздут, не участвует в акте дыхания. Отмечается разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Вопросы:

1. Как расценить данное состояние?
2. Какой вид болей описан?
3. Нужно ли оперативное вмешательство?
4. Тактика по дальнейшему ведению больного.
5. Какая документация оформляется на данного больного в приёмном отделении?

Задача 3

В процедурный кабинет поликлиники обратилась женщина, 37 лет с жалобами на боли в правой ягодичной области после в/м инъекций масляного раствора.

Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному, АД 120/90 мм рт. ст., пульс 122 ударов в минуту, ритмичный, температура тела 38,3°C, в верхненаружном квадранте правой ягодичной области отмечается отек и гиперемия, размер участка гиперемии 8х8 см, при пальпации определяется болезненное уплотнение.

Вопросы:

1. Оцените данное состояние больной
2. Назовите возможные осложнения при постановке в/м инъекций.
3. Ваши дальнейшие действия
4. Сколько ватных тампонов потребуется для постановки в/м инъекций.
5. Места введения внутримышечных инъекций.

Задача 4

В приемный покой поступил больной Д., 42 лет.

Вопросы:

1. Каковы обязанности медицинской сестры приемного покоя?
2. Каковы обязанности младшего медицинского персонала в стационаре.
3. Что понимают под уходом за больным?
4. Кто из медицинского персонала осуществляет уход за больными в стационаре?
5. Опишите устройство приемного отделения.

Задача 5

Больная А. 36 лет после автомобильной аварии с диагнозом закрытый перелом правого предплечья поступила в приемное отделение.

Вопросы:

1. Какова функция приемного отделения?
2. Устройство приемного отделения.
3. В какое отделение в дальнейшем будет направлена данная больная?
4. Какой метод обследования должен быть назначен больной для подтверждения диагноза?
5. Как организована работа в приемном отделении.

Задача 6

В хирургическое отделение доставлен больной с диагнозом острый аппендицит.

Вопросы:

1. Определите срочность выполнения оперативного вмешательства.
2. Какой вид уборки операционной должен произвести младший мед. Персонал?
3. Перечислите остальные виды уборки.
4. Что входит в состав операционного блока?
5. Где производится подготовка медицинского персонала к операции?

Задача 7

При уборке гнойно-септического отделения студенты использовали швабры для мойки полов чистого отделения.

Вопросы:

1. Какую ошибку допустили студенты?

2. Как поступить с данными предметами уборки дальше?
3. Может ли в ЛПУ гнойное и чистое отделение находится на одном этаже?
К каким последствия это может привести?
4. Какие гигиенические мероприятия проводятся медперсоналом после осмотра больных с гнойными заболеваниями?
5. Как проводится уборка помещений в хирургическом отделении?

Задача 8

Больной К. поступил в хирургическое отделение с диагнозом- острый аппендицит. Назначена экстренная операция по удалению червеобразного отростка - аппендэктомия. После операции наблюдается нагноение операционной раны.

Вопросы:

1. Где должен находиться больной с такой раной?
2. В какой перевязочной ему следует делать перевязку раны?
3. Чем обусловлено разделение потока больных на гнойных и чистых?
4. Содержание больных с анаэробной клостридиальной инфекцией.
5. Дайте определение асептике и антисептике.

Задача 9

У больного А. 57 лет поступил в хирургическое отделение по поводу желудочного кровотечения, на коже обнаружены гнойничковые высыпания (пиодермия).

Вопросы:

1. В какое хирургическое отделение следует госпитализировать пациента?
2. Чем обусловлено деление хирургического отделения на чистую и грязную стороны?
3. Назовите основные принципы предупреждения ВБИ.
4. В чем заключается санитарно-гигиенический режим в приёмном отделении и перевязочных кабинетах?
5. Дайте определение асептики и антисептики.

Тема 3: «Виды хирургических отделений. Принципы организации работы, структура, оборудование. Уборка помещений»

Задача 1

Больная С., 19 лет, скончалась после оперативного вмешательства от потери крови (всё постельное бельё было в крови). Примечание: больную определили в одноместную палату.

Вопросы:

1. Какие меры безопасности были нарушены?
2. В чем виноват дежурный врач?
3. Какой вывод можно сделать после такого происшествия?
4. Что можно предпринять, чтобы такого больше не происходило?
5. Какие негативные последствия могут быть для врача, после такой ошибки?

Задача 2

Больной А., 50 лет, поступил в хирургический стационар на операцию. Состояние удовлетворительное, стабильное. Через несколько дней в этом же отделении были выявлены многочисленные случаи педикулёза у пациентов.

Вопросы:

1. Что произошло в отделении?
2. Какие меры гигиены были нарушены?
3. Что нужно предпринять?
4. Кто виноват в данном происшествии?
5. Как можно было это предотвратить?

Задача 3

Санитарная служба осматривала хирургический блок, открывающейся больницы, и осталась крайне недовольна результатами, в связи с чем не дала разрешения на открытие отделения. Примечание: хирургический стационар: 60 коек по 10 коек в каждой палате, 1 медицинский пост и одна перевязочная.

Вопросы:

1. Что послужило причиной недовольства?
2. Какие могут быть негативные последствия работы такого отделения?
3. Сколько должно быть перевязочных и какие?
4. Сколько должно быть медицинским постов на 60 коек?
5. Сколько коек должно быть в палате? На какие виды должен быть разделен стационар?

Задача 4

Младшая медсестра во время уборки палаты случайно укололась использованной инъекционной иглой.

1. Что необходимо ей предпринять?
2. Опишите последовательность её дальнейших действий.
3. Каким антисептиком можно обработать руки?
4. Дайте определение асептике и антисептике.
5. Биологические жидкости в которых содержится вирус СПИДа.

Задача 5

Из приемного покоя больной был направлен в нейрохирургическое отделение.

Вопросы:

1. Перечислите особенности устройства хирургического отделения.
2. В чем заключается принцип зональности?
3. Перечислите зоны стерильности в операционной.
4. На какие две группы разделяют больных в хирургическом отделении? С какой целью?
5. Назовите методы борьбы с инфекциями в хирургическом отделении.

Задача 6

В хирургическом отделении находится больной К., которому медицинская сестра выполнила ПХО раны в стерильных перчатках, но без маски.

Вопросы:

1. Оцените правильность действий медицинской сестры.
2. В каких случаях ношение масок в отделении обязательно.
3. С какой целью используются маски медицинским персоналом?
4. Какие типы масок вы знаете?
5. Перечислите остальные методы борьбы с инфекциями в воздухе.

Задача 7

В процедурный кабинет поликлиники обратилась работница завода. Жалуется на боли в левой ягодичной области после внутримышечной инъекции раствора сульфата магния. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38-38,5 С°, беспокоит озноб.

При осмотре общее состояние больной ближе к удовлетворительному, АД-120/90 мм рт. ст., пульс 22 в мин., ритмичный, температура тела - 38,3 С°, в верхнем наружном квадрате левой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 7х7 см, пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре - флюктуация.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Причина данного заболевания. Его профилактика.
3. Какова первая помощь в данном случае?
4. В какое отделение должна быть госпитализирована больная?
5. Места введения в/м инъекций.

Задача 8

Студенты вошли в тамбур операционного блока, прошли красную линию и начали надевать маски.

Вопросы:

1. Какую ошибку они допустили?
2. Что нужно было сделать?
3. Что такое санитарно-гигиенический режим в операционном блоке?
4. Назовите основные принципы предупреждения ВБИ.
5. Какова роль среднего и младшего мед. Персонала в предупреждении ВБИ?

Задача 9

Группа студентов находилась в операционной во время выполнения хирургической операции. Один из студентов, чтобы лучше увидеть один из этапов данной операции, переступил красную линию около операционного поля.

Вопросы:

1. Какую ошибку он допустил?
2. В каком случае студент может заходить за данную красную линию?
3. Зоны стерильности в операционном блоке
4. Как организована работа в хирургическом отделении?
5. Как доставляют больного в операционную?

Задача 10

В палату с гнойно-септическими больными госпитализировали больного после операции на нижней конечности по поводу газовой гангрены (анаэробная клостридиальная инфекция). Ежедневно больному выполняют перевязки в гнойной перевязочной или палате.

Вопросы:

1. Какие грубые ошибки были допущены?
2. Где нужно выполнять перевязки данному больному?
3. Содержание пациента с клостридиальной инфекцией.
4. Что делать с перевязочным материалом данного больного после перевязок?
5. Гигиена медицинских работников перед операцией.

Тема 4: «Приемное отделение и операционный блок: принципы работы, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Потоки больных»**Задача 1**

Больной Н. 34 лет поступил в приемное отделение с осложнением легких, постоянный кашель и головная боль.

Вопросы:

1. Что должна сделать медицинская сестра?
2. Кто осматривает больных в приемном покое больницы?
3. Функциями приемного отделения больницы являются?
4. Кто оформляет документацию о больных?
5. Что входит в документацию? Пациента?

Задача 2

Больная К., 25 лет, доставленная скорой помощью с подозрением на острый аппендицит (сильная и острая боль в правой подвздошной области).

Вопросы:

1. Действие медицинской сестры?
2. Функциональные обязанности операционной медицинской сестры?
3. Чем оборудован операционный блок?
4. Кто проводит операцию?
5. Из чего состоит помещение операционного блока?

Задача 3

В операционной длительное время шла операция, при которой была вскрыта гнойная полость.

Вопросы:

1. Как подготовить операционную к дальнейшей работе?
2. Что входит в наблюдение за послеоперационным больным?
3. Возможные осложнения, возникающие у больного во время операции
4. Какие антисептики используются для обработки рук хирурга?
5. Дайте определение асептике и антисептике.

Задача 4

Операционный блок состоит из основного и вспомогательных помещений.

Вопросы:

1. Перечислите их названия.
2. Для каких целей предназначены эти помещения?
3. Назовите виды хирургических отделений.
4. Опишите устройство хирургического отделения.
5. Опишите устройство приемного отделения.

Задача 5

В операционной закончилось экстренное оперативное вмешательство у пациента с диагнозом: «Газовая гангрена правой нижней конечности». После операции использованные хирургические инструменты санитарка поместила в специальный таз «для грязных инструментов».

Вопросы:

1. Оцените действия санитарки?
2. Какой вид уборки предстоит работникам опер.блока?
3. Как в данном случае проводится предстерилизационная обработка хирургического инструментария?
4. Как проводится стерилизация хирургического инструментария?
5. Назовите режим стерилизации.

Задача 6

Больная К., 32 лет доставлена в приемное отделение с диагнозом острый аппендицит.

Вопросы:

1. Опишите устройство приемного отделения.
2. Каковы функции приемного отделения?
3. В какое отделение необходимо отправить больную?
4. Назовите виды хирургических отделений.
5. Опишите устройство хирургического отделения.

Задача 7

Больная А., 23 лет, поступила на машине скорой помощи в приемное отделение с травмой головы

Вопросы:

1. Опишите устройство приемного отделения.
2. Каковы функции приемного отделения?
3. Куда следует направить больную?
4. Назовите виды хирургических отделений.
5. Опишите устройство хирургического отделения.

Тема 5: «Личная гигиена хирургического больного»**Задача 1**

Больная А., 45л., поступила в послеоперационную палату поступила в тяжелом состоянии, у нее появились гнойные образования на глазах, глаза воспалены и припухли.

Вопросы:

1. Как ежедневно ухаживать за волосным покровом головы у больной?
2. Как обрабатывать полость рта больной?
3. Какой алгоритм мытья головы?
4. Как осуществлять уход за глазами?
5. Как осуществляется закапывание капель в глаза больной?

Задача 2

Больной П., 37 л, поступил в операционное отделение для плановой операции. Предъявил жалобы на плохой сон и нервозность перед предстоящей операцией. Врач прописал ему ванны.

Вопросы:

1. Какие ванны можно порекомендовать больному?
2. Какой состав у прописанных ванн и какова процедура приготовления трав?
3. К какому типу ванн относится прописанная по температуре?
4. Как осуществить предварительную подготовку ванны и ее приготовление?
5. Какие имеются противопоказания к применению ванн?

Задача 3

В послеоперационную палату поступила больная в тяжёлом состоянии, положение в постели пассивное.

Вопросы:

1. Что такое пролежни?
2. Как предотвратить появление пролежней? Ваши действия?
3. Каким антисептиком нужно растирать кожу?
4. Назовите места образования пролежней.
5. Стадии развития пролежней

Задача 4

В травматологическом отделении лежит пациент В.62 года с диагнозом: перелом шейки бедра. При осмотре кожных покровов выявлен участок чёрного цвета в области крестца размером 7* 4 см. Пациент жалуется на боль в области крестца.

Вопросы:

1. Определите возникшее осложнение и обоснуйте его.
2. Причины возникновения пролежней.
3. Какой вид лечения показан данному больному?
4. Перечислите меры профилактики пролежней.
5. Дайте определение пролежней.

Задача 5

Больного А. привезли из операционной в палату после операции на желудке.

Вопросы:

1. В каком режиме нуждается пациент?
2. Требования к состоянию постели больного.
3. Дайте определение пролежней.
4. Профилактика пролежней.
5. Где чаще всего образуются пролежни?

Задача 6

У больного, поступившего в хирургическое отделение в порядке скорой помощи, обнаружены вши на волосистой части головы.

Вопросы:

1. Какой объем санитарной обработки следует провести пациенту?
2. Что делать с его одеждой?
3. Уход за носом у лежачих больных.
4. Уход за глазами у лежачих больных.
5. Уход за волосами у лежачих больных.

Задача 7

Тяжелобольной длительное время вынужден лежать на спине.

Вопросы:

1. Профилактику какого осложнения следует провести пациенту?
2. Какие предметы и средства необходимо использовать при этом?
3. Дайте определение пролежней.
4. В каких местах чаще всего образуются пролежни?
5. Способы смены постельного белья.

Тема 6: «Общая подготовка больного к операции»

Задача 1

Больной М. 53 года, находится на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит. Выполняются ежедневные

внутривенные инъекции в верхнюю конечность. Последний раз на месте введения отмечается покраснение и припухлость, при этом сильная боль в руке. Известно, что медсестра при постановке чётко не пальпировала вену.

Вопросы:

1. Перечислите возможные причины развития данного осложнения?
2. Алгоритм выполнения внутривенной инъекции?
3. Назовите меры профилактики данного осложнения?
4. Какие наиболее подходящие места для внутривенных инъекций вы знаете?
5. Как пунктируемые вены можно подразделить?

Задача 2

Больная И. 36 лет, была назначена плановая операция. За 12 часов до операции больная не принимала пищу и вечером накануне операции, поставили очистительную клизму. Утром перед операцией пациентке провели премедикацию.

Вопросы:

1. Какие мероприятия были пропущены при подготовке к операции?
2. Какие осложнения возможны при данной ситуации?
3. Для чего необходима утренняя клизма?
4. Как проводится подготовка операционного поля?
5. Понятие премедикации

Задача 3

Больной Б., 58 лет, в экстренном порядке доставлен в приёмное отделение хирургического стационара с признаками перитонита, и срочно был транспортирован в операционную. Известно, что больной не следил за личной гигиеной, в приёмном отделении проверка на педикулёз и чесотку не проводилась.

Вопросы:

1. Какие обязанности медсестры были нарушены?
2. Какие осложнения возможны как у самого больного, так и его соседей по палате?
3. Обязанности медицинской сестры приемного отделения?
4. Обязанности врача приемного отделения?
6. Что делают с нательными вещами больного педикулёзом?

Задача 4

Палатная медсестра перед операцией больному сделала премедикацию, назначенную анестезиологом. После этого, повела его в операционную.

Вопросы:

1. Какую ошибку допустила палатная медсестра?
2. Что могло произойти?
3. Вид санитарной обработки больного перед плановой операцией?

4. Вид санитарной обработки больного перед экстренной операцией?
5. Что такое предоперационная подготовка?

Задача 5

В приемный покой был доставлен скорой помощью больной после автомобильной аварии. У пострадавшего открытая рана живота и он отправлен на экстренную операцию.

Вопросы:

1. Как проходит подготовка к экстренной операции?
2. Как проходит подготовка к операции в предоперационной?
3. Кто проводит подготовку операционного белья и перевязочного материала?
4. Виды уборок в операционной?
5. Что входит в уборку операционной после каждой операции?

Задача 6

Больному предстоит плановое хирургическое вмешательство по поводу паховой грыжи.

Вопросы:

1. Какой объем предоперационной гигиенической подготовки следует выполнить данному больному?
2. В чем заключается сущность гигиенической подготовки к плановым хирургическим операциям?
3. Каковы особенности гигиенической подготовки к экстренным хирургическим вмешательствам?
4. Когда именно нужно осуществлять подготовку операционного поля у больного?
5. Как доставляют больного в операционную?

Задача 7

Пациент Н. поступил в хирургическое отделение по поводу острого аппендицита. Ему предстоит экстренная операция.

Вопросы:

1. Какая предоперационная гигиеническая подготовка будет ему проведена?
2. В чем заключается сущность гигиенической подготовки к плановым хирургическим операциям?
3. Как доставляют больного в операционную?
4. Когда именно нужно осуществлять подготовку операционного поля у больного при плановой операции.
5. Дайте определение хирургической операции.

Задача 8

В хирургическое отделение поступила тучная больная для проведения операции по поводу желчекаменной болезни.

Вопросы:

1. На какие места на теле пациентки следует обратить внимание для выявления опрелостей и дерматитов?
2. Профилактика дерматитов и опрелостей.
3. Как проводят гигиенические подмывания женщинам?
4. Дайте определение спринцевание.
5. Когда производится подготовка операционного поля?

Тема 7: «Подготовка больных к операциям на органах брюшной полости»

Задача 1

В больницу в срочном порядке в крайне тяжелом состоянии доставили больную К. 47 лет с подозрением на прободную язву. Известно, что больная недавно принимала пищу.

Вопросы:

1. Следует ли проводить санобработку больной К. в полном объеме?
2. Необходима ли постановка зонда в желудок и эвакуация его содержимого?
3. Можно ли проводить промывание желудка у больных с прободной язвой желудка?
4. Какие мероприятия необходимо осуществить в послеоперационном периоде?
5. Что, по вашему мнению, могло способствовать появлению прободной язвы у больной К.?

Задача 2

В больницу самостоятельно обратилась полная пациентка В., 53 лет с грыжей на брюшной стенке. Врач назначил день операции.

Вопросы:

1. Чем будет определяться продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки?
2. Какие процедуры будет необходимо провести больной В., если врач определил у нее неосложненную грыжу при отсутствии сопутствующих заболеваний?
3. Как будет осуществляться предоперационная подготовка у больной В., если врач определил наличие гигантской грыжи.
4. В течение скольких недель перед операцией следует соблюдать диету? Что исключается из рациона.
5. Что следует предпринять врачу при выявлении ущемления грыжи?

Задача 3

У больного Х. 40 лет назначена плановая операция на тонком кишечнике, эвакуация содержимого желудка не нарушена.

Вопросы:

1. Требуется ли особая подготовка к такой операции? Что включает в себя подготовка?
2. Что будет использоваться для удаления содержимого из желудка?
3. Что изменилось бы в подготовке к операции Х., если бы эвакуация желудка была бы нарушена.
4. Что делают при большом скоплении содержимого в желудке, которое постоянно поступает из кишечника в желудок у больных с кишечной непроходимостью?
5. Можно ли проводить промывание желудка, если у больного Х. обнаружат язву двенадцатиперстной кишки?

Задача 4

В больницу поступил больной Г. 38 лет. В ходе обследования у него было выявлено заболевание ободочной и прямой кишки, назначена операция.

Вопросы:

1. Расскажите о предоперационной подготовке такого больного к операции. Что необходимо сделать?
2. Какая должна соблюдаться диета перед операцией?
3. Какое положение необходимо придать больному после операции?
4. Какие клизмы нужно делать, когда?
5. Каким методом пользуются при необходимости осмотреть прямую кишку (ректороманоскопии)?

Задача 5

В больницу в бессознательном состоянии доставлен человек (состояние тяжелое) на вид 30-35 лет. Врач установил у неизвестного острый аппендицит.

Вопросы:

1. К какому типу операций будет относиться эта операция? Расскажите об особенностях предоперационной подготовки больного при экстренной операции.
2. В течение какого времени должна быть сделана эта операция?
3. Каким образом необходимо осуществить промывание желудка у больного в бессознательном состоянии?
4. Как будет проводиться обработка операционного поля во время операции?
5. Какое положение необходимо придать больному после операции?

Задача 6

Больной 65 лет, назначена операция. Медицинскую сестру вызвали в палату к этому больному, у которого появилась рвота, имеющая вид «кофейной гущи». Объективно: кожные покровы бледные, больной беспокоен, пульс 120 в мин., АД 80/45 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Что произошло с больным?
2. Последовательность Ваших дальнейших действий.
3. С каким кровотечением необходимо дифференцировать данное состояние?
4. Дайте определение кровотечения.
5. Анатомическая классификация кровотечений.

Задача 7

Больной И. 31 год, назначена операция- резекция желудка.

Вопросы:

1. Что должно входить в предварительную подготовку операционного поля?
2. Можно ли принимать пищу больной накануне операции?
3. Каковы действия медицинской сестры, если больная принимала пищу за 6 часов до операции?
4. Показана ли данной больной очистительная клизма?
5. Техника постановки очистительной клизмы.

Задача 8

Больной В. 28 лет, болен 4 дня. Жалобы на постоянные боли внизу живота справа. Состояние больного тяжелое, температура тела 38- 38,3. Черты лица заострены, кожные покровы бледные. Слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 уд., в мин. При пальпации живот вздут не участвует в акте дыхания.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какая операция необходима больному.
3. В чем будет заключаться предоперационная подготовка больного?
4. Показана ли при экстренных операциях очистительная клизма?
5. Техника постановки очистительной клизмы.

Задача 9

Больному И. 37 лет планируется операция по поводу резекции желудка. За три часа перед операцией больной плотно позавтракал.

Вопросы:

1. Действие медсестры в данном случае.
2. Техника выполнения промывания желудка.
3. Техника постановки очистительной клизмы.
4. Как производится подготовка к операциям на желудке и прямой кишке?
5. Дайте определение хирургической операции.

Задача 10

Больной К. 48 лет доставлен в приемное отделение после автомобильной аварии. Дежурный хирург выявил у него признаки внутрибрюшного кровотечения, представляющего непосредственную угрозу жизни пациента.

Вопросы:

1. Какой объем санитарно- гигиенической обработки должна выполнить медсестра?
2. Особенности подготовки больных к экстренным операциям.
3. Подготовка кожных покровов при плановой операции.
4. Подготовка больных к операции на переднебоковой брюшной стенке.
5. Дайте определение хирургической операции.

Задача 11

Больной К. 60 лет назначено на завтра рентгенологическое обследование желудка.

Вопросы:

1. Какой объем подготовки к этому обследованию должна выполнить дежурная палатная медицинская сестра?
2. Техника промывания желудка.
3. Техника постановки очистительной клизмы.
4. Техника постановки сифонной клизмы.
5. Дайте определение рентгенологическому исследованию.

Тема 8: «Техника манипуляций по уходу за хирургическими больными. Основы десмургии»

Задача 1

Больной М., 77 лет, прооперирован по поводу грыжи белой линии живота. Произведено снятие швов. После совершения больным резкого движения повязка стала обильно промокать серозно-кровянистой жидкостью, под повязкой появилось выбухание.

Вопросы:

1. Какое осложнение в послеоперационном периоде развилось?
2. Перечислите последовательность действий при данном осложнении.
3. У каких пациентов будет наблюдаться данное осложнение с большей вероятностью?
4. Назовите меры предупреждения данного осложнения в послеоперационном периоде.
5. Какие еще осложнения послеоперационного периода вы знаете?

Задача 2

Велосипедист, уворачиваясь от столкновения с внезапно выехавшим на дорогу автомобилем, не справился с управлением и упал на вытянутую руку. Доставлен в травмпункт. При осмотре выявлены локальная болезненность,

припухлость, деформация в области ключицы, кровоизлияние и укорочение надплечья справа, плечо опущено и смещено кпереди. Больной удерживает левой рукой предплечье и локоть поврежденной конечности, прижимая ее к туловищу, движения в плечевом суставе ограничены из-за боли.

Вопросы:

1. Какая травма у велосипедиста?
2. Какую повязку и с какой целью необходимо применить в данном случае?
3. Механизм наложения данной повязки.
4. Каковы требования к готовым бинтовым повязкам?
5. Какие еще повязки на плечевой пояс и грудную клетку вы знаете?

Задача 3

Скорая помощь прибыла на место происшествия. У пострадавшего ножевое ранение в грудную клетку слева. Больной лежит на левом боку, плотно прижимая рану. Общее состояние тяжелое, резкий цианоз, одышка, слышен шум присасывания воздуха в рану при каждом вдохе. Из раны выделяется пенная кровь. Левая сторона грудной клетки отстает при дыхании.

Вопросы:

1. Какая травма у пострадавшего?
2. Какую повязку и с какой целью необходимо применить в данном случае?
3. Механизм наложения данной повязки при наличии ИПП.
4. Какие подручные материалы можно использовать для оказания помощи больному?
5. Расскажите классификацию повязок по назначению.

Задача 4

Больному К., 60, находится в хирургическом стационаре с диагнозом флегмона голени. Проведена операция по вскрытию флегмоны. На следующий день после операции медсестра заметила, что повязка обильно промокает кровью. Известно, что до этого момента медсестра к больному не заходила.

Вопросы:

1. Какую повязку необходимо применить для закрытия послеоперационной раны?
2. Техника наложения данной повязки.
3. Какое послеоперационное осложнение возникло у больного?
4. Какая ошибка по уходу за операционной раной была допущена? Дальнейшие действия медсестры?
5. Расскажите классификацию повязок по направлению туров бинта.

Задача 5

Больному Д., 55 лет, назначен строгий постельный режим после резекции желудка. В течение 10-ти часов после операции больной не мочился, жалуется на позывы к мочеиспусканию и невозможность опорожнения мочевого пузыря.

Вопросы:

1. Каковы возможные причины развития данного осложнения?
2. Какие мероприятия следует провести для облегчения состояния больного?
3. Техника катетеризации мочевого пузыря у мужчин.
4. Какие еще осложнения послеоперационного периода вы знаете?
5. Назовите основные факторы развития осложнений послеоперационного периода.

Задача 6

После автомобильной аварии в скорую помощь был доставлен мужчина 43 лет с жалобами на боли в области верхней трети плеча. При осмотре выявлены локальная болезненность, припухлость, деформация в области верхней трети плеча. Медицинская сестра выполнила колосовидную повязку на правое плечо.

Вопросы:

1. Оцените правильность действий медицинской сестры.
2. Техника наложения колосовидной повязки.
3. Какую еще повязку можно использовать в данном случае?
4. Техника наложения данной повязки.
5. Назовите главное свойство, которым должен обладать перевязочный материал.

Задача 7

Пациент С., 19 лет, оперирован по поводу острого гнойного препателлярного бурсита справа. Эвакуировано до 20 мл гнойного экссудата, произведено дренирование синовиальной сумки резиновыми выпускниками. Наложена асептическая повязка. В Вашем распоряжении имеется только марлевый бинт.

Вопросы:

1. Каким образом можно зафиксировать асептическую повязку?
2. Какие разновидности этой повязки Вам известны?
3. Какие правила техники бинтования Вы используете при наложении повязки?
4. Когда больному будет показана перевязка?
5. Назовите этапы перевязки.

Задача 8

У пострадавшего имеются поверхностные резаные раны тыльной поверхности первого и второго пальцев правой кисти. Пострадавший

трудоспособен, его профессиональная деятельность не связана с необходимостью выполнения точных движений кистью (вахтер), больной продолжает работать.

Вопросы:

1. Какую повязку необходимо наложить на первый палец?
2. Какую функцию первого пальца позволяет сохранить эта повязка?
3. Какую повязку следует наложить на второй палец?
4. В чем назначение повязок?
5. На какие еще анатомические области возможно наложение данных повязок?

Задача 9

Больной Н., 27 лет, амбулаторно выполнена операция вскрытия подкожного панариция ногтевой фаланги второго пальца левой кисти. Операция закончена дренированием гнойного очага и наложением асептической повязки.

Вопросы:

1. Какую бинтовую повязку необходимо выполнить для закрепления перевязочного материала на ране?
2. Где нужно начинать первый фиксирующий тур повязки?
3. Перечислите правила, касающиеся положения бинтующего и пациента при наложении бинтовых повязок.
4. На какой поверхности кисти должны располагаться переходы между турами повязки на кисти и на пальце?
5. На какой день необходимо назначить первую перевязку больной?

Тема 9: «Дренажи: виды, классификация. Уход за дренажами»

Задача 1

Больной В. 31 год, находится в стационаре хирургического отделения третьей сутки после операции на брюшной полости, окончившейся ее дренированием. Во время перевязки медсестра заметила, что повязка над одним из дренажей сухая, жидкость из трубки не оттекает.

Вопросы:

1. Какое из осложнений, встречающихся при уходе за дренажами, развилось у данного пациента?
2. Что могло стать причиной данного осложнения?
3. Что необходимо сделать медсестре в такой ситуации?
4. Какие осложнения могут развиваться при нарушении технологии ухода за дренажными системами?
5. Какие виды дренажей вы знаете?

Задача 2

Больная Н. 46 лет, находящаяся в хирургическом отделении вторые сутки после операции по поводу вскрытия флегмоны кисти, закончившейся постановкой «сигарного» дренажа, обратилась к палатной медсестре в связи с тем, что повязка над дренажом обильно пропиталась кровью.

Вопросы:

1. Что необходимо предпринять медсестре в данной ситуации?
2. Какие существуют виды дренирования?
3. К какому виду дренажей относится «сигарный» дренаж?
4. Что представляет собой «сигарный» дренаж?
5. За счет чего происходит отток содержимого из «сигарных» дренажей?

Задача 3

Согласно литературным данным врачи в древнем Риме, в том числе Клавдий Гален, использовали «хирургические стоки» для лечения асцита и глубоких абсцессов. Амброз Паре (1510-1590) использовал для дренажа "tentes" (канюлированные трубы свинца).

Вопросы:

1. Какие существуют виды дренирования?
2. К какому из видов дренирования можно отнести «хирургические стоки», применявшиеся в древнем Риме, и "tentes" Амброза Паре?
3. Как вы можете объяснить принцип действия таких дренажей?
4. Из каких материалов изготавливают современные дренажи?
5. Кто в настоящее время осуществляет уход за дренажными системами?

Задача 4

Больной М. 50 лет, находится на лечении в хирургическом отделении после лапаротомии по поводу острого холецистита, окончившейся постановкой дренажной системы, состоящей из резиновой трубки, на наружный конец которой надета сжатая пластиковая гармошка.

Вопросы:

1. К какому виду дренирования можно отнести, систему, установленную данному больному?
2. Назовите виды дренирования.
3. В чем заключается принцип действия пассивных дренажей?
4. В чем заключается принцип действия активных дренажей?
5. Что кроме пластиковой гармошки можно использовать при данном виде дренирования?

Задача 5

У больной А. 23 года, на вторые сутки после лапаротомии по поводу кисты яичника резко ухудшилось самочувствие, повысилась температура тела до 39° С, появились острые боли в животе, тошнота и рвота. Объективно: живот твердый болезненный, пульс 95 ударов в минуту. Больная была прооперирована в экстренном порядке по поводу послеоперационного

перитонита. Операция была завершена установкой дренажной системы по проточно-промывному типу.

Вопросы:

1. Назовите виды дренирования.
2. Опишите устройство и принцип работы проточно-промывной дренажной системы.
3. Назовите возможную причину развития такого осложнения, как послеоперационный перитонит, у данной больной?
4. Какие осложнения могут развиваться при нарушении технологии ухода за дренажными системами?
5. Что необходимо делать для предотвращения нарушения герметичности дренажной системы?

Задача 6

Больной К. 56 лет, находится в стационаре хирургического отделения после операции на брюшной полости, окончившейся ее дренированием. Во время перевязки медсестра заметила, что повязка над одним из дренажей сухая, жидкость из трубки не оттекает.

Вопросы:

1. Какое из осложнений, встречающихся при уходе за дренажами, развилось у данного пациента?
2. Что могло стать причиной данного осложнения?
3. Что необходимо сделать медсестре в такой ситуации?
4. Какие осложнения могут развиваться при нарушении технологии ухода за дренажными системами?
5. Какие виды дренажей вы знаете?

Задача 7

Больному С. Предстоит плановая операция на легкие, вследствие которой будут удалены несколько сегментов правого легкого.

Вопросы:

1. Какой вид дренажей используют после операций на легких.
2. Что входит в общий мониторинг после операции в данном случае?
3. Положение больного после операции на легкие.
4. Осложнения после операций на легкие.
5. Дайте определение хирургической операции.

Задача 8

У больного М. находящегося в хирургическом отделении, оперированного по поводу гнойного плеврита, уже на второй день по дренажной трубке из плевральной полости перестал поступать экссудат.

Вопросы:

1. Какое из осложнений, встречающихся при уходе за дренажами, развилось у данного пациента?

2. Что могло стать причиной данного осложнения?
3. Что необходимо сделать медсестре в такой ситуации?
4. Какие осложнения могут развиваться при нарушении технологии ухода за дренажными системами?
5. Какие виды дренажей вы знаете?

Тема 10: «Уход за больными после операций на лице, голове и шее»

Задача 1

У больной Л., находящейся на стационарном лечении в отделении кардиореанимации ГКБ №6 после операции на правом желудочке обнаружена непроходимость верхних дыхательных путей вследствие стеноза гортани при дифтерии.

Вопросы:

1. Перечислите дополнительные причины непроходимости верхних дыхательных путей.
2. Какие способы восстановления верхних дыхательных путей вы знаете?
3. Какая операция применится в данном случае?
4. Перечислите участников данной операции?
5. Перечислите аспекты общего и частного ухода за такими больными.

Задача 2

Больной Н., 54 года, находящийся в послеоперационном состоянии в отделении нейрореанимации по поводу кровоизлияния в полость головного мозга в височной области. Больной с трахеостомой, без сознания. Дыхание осуществляется посредством искусственной вентиляции легких.

Вопросы:

1. Перечислите методы профилактики пролежней у этого пациента
2. Особенности ухода за больными с трахеостомой и операционным швом на височной области
3. Особенности питания таких больных
4. Какой из видов повязок на голову вы используете как младший медицинский персонал?
5. Ваши действия при падении сатурации у этого больного.

Задача 3

Больной Н., 24 года, находился на операции у стоматолога –хирурга по поводу вскрытия гноя рядом с 27 зубом. При постановке местного анестетика через две минуты у больного начал появляться отек, урежение дыхания, уменьшение сердцебиения, больной потерял сознание.

Вопросы:

1. Что произошло с больным?
2. Дайте определение этому состоянию
3. В чем стоматолог допустил ошибку?

4. Перечень действий врача в данной ситуации
5. Дайте определение понятию «анестезия»

Задача 4

Больной Д., 67 лет, курил последние 50 лет, 15 лет назад поставлен диагноз «хронический ларингит», 10 лет назад поставлен диагноз «хроническая обструктивная болезнь легких», больного беспокоят боли в горле, из-за чего ему больно глотать. После операции развилось обильное кровотечение из операционного шва.

Вопросы:

1. Назвать патологию
2. Методы лечения
3. Диагностика патологии
4. Прогноз состояния данного больного
5. Что вы расскажете родственникам о состоянии больного, если они будут вас расспрашивать как студент-практикант?

Задача 5

У больной К., 47 лет, следующие симптомы: исчезла способность воспринимать тактильные раздражители, потеря памяти (не узнает близких), судорожные припадки, развился гемипарез, у больной рвота. Родственники вызвали скорую помощь. Из приемного отделения была доставлена в отделение нейрореанимации.

Вопросы:

Вопросы:

1. Какая патология развилась у больной?
2. Как называется вскрытые черепа?
3. Лечение патологии
4. Факторы риска при данной патологии?
5. Прогноз состояния данных больных

Задача 6

Больная К., 38 лет, находящаяся в послеоперационном состоянии в отделении нейрореанимации по поводу кровоизлияния в полость головного мозга в височной области. Больная с трахеостомой, без сознания. Дыхание осуществляется посредством искусственной вентиляции легких.

Вопросы:

1. Перечислите методы профилактики пролежней у этого пациента
2. Особенности ухода за больными с трахеостомой и операционным швом на височной области
3. Особенности питания таких больных
4. Какой из видов повязок на голову вы используете как младший медицинский персонал?
5. Ваши действия при падении сатурации у этой больной.

Задача 7

Больному Д. была проведена операция по поводу удаления щитовидной железы.

Вопросы:

1. Основной уход за данным больным.
2. Какое осложнение может развиваться у данного больного?
3. Какое питание должно быть назначено больному?
4. Техника введения желудочного зонда.
5. Общий уход в послеоперационном периоде.

Задача 8

У пациентки Т. 49 лет, Была проведена косметическая операция на лице.

Вопросы:

1. Какую повязку необходимо наложить пациентки после данной операции.
2. Общий уход за пациенткой в послеоперационном периоде.
3. Какое питание должно быть назначено больной?
4. Техника введения желудочного зонда.
5. Дайте определение хирургической операции

Тема 11: «Уход за больными после операций на органах брюшной полости»

Задача 1

Больная 56 лет. Был выставлен диагноз острый холецистит. Произведена операция: холецистэктомия.

Вопросы:

1. Причины возникновения холецистита?
2. Симптомы?
3. Диагностика?
4. Послеоперационное лечение?
5. Профилактика?

Задача 2

Больной 47 лет. Поступил с диагнозом Острая кишечная непроходимость. Была выполнена лапаротомия, резекция ободочной кишки.

Вопросы:

1. Симптомы острой кишечной непроходимости?
2. Причины кишечной непроходимости?
3. Питание больных после данной операции?
4. Объемы резекции?
5. Осложнения после операции?

Задача 3

Девушка, 23 года, попала в ДТП. Была выполнена лапаротомия, ушивание разрыва печени, холецистостома.

Вопросы:

1. В чем состоит тяжесть оперативного вмешательства?
2. В течении какого времени вводят обезболивающие для борьбы с болью. Двигательная активность после операции (При отсутствии противопоказаний вставать с постели разрешается через 2-3 дня после операции).
3. Для чего была поставлена холецистостома?
4. Перечислите осложнения операции.
5. Какой стандарт койко-дней по МЭС при данной патологии?

Задача 4

Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 час от начала заболевания. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. В правой подвздошной области около 50 мл гнояного экссудата.

Вопросы:

1. Укажите дальнейшие действия хирурга?
2. Количество дренажей
3. Осложнения
4. Особенности ведения в послеоперационном периоде
5. Количество койко-дней проведенных в больнице

Задача 5

Больная Н., 43 лет, обратилась в поликлинику к хирургу с жалобами на постоянные боли в спине, усиливающиеся после еды и в ночное время. Боли не купируются приемом антацидов, в течение последнего месяца отмечает распространение боли на область правой реберной дуги с иррадиацией в правое плечо, периодические подъемы температуры до 37,5. Длительно страдает язвенной болезнью ДПК. Объективно: живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и правом подреберье, газы отходят.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и тактика врача поликлиники?
2. Объем лечебных мероприятий
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Алгоритм диагностики
5. Третичная профилактика

Задача 6

Вы осматриваете больного, ранее оперированного по поводу тупой травмы живота, разрыва селезенки, внутрибрюшного кровотечения. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Пульс на периферических

артериях не определяется, на сонной артерии пульс 115 ударов в минуту, частый, ритмичный, слабого напряжения и наполнения. Артериальное давление 70/20 мм рт. ст.

Вопросы:

1. На каких артериях обычно определяют пульс.
2. Какие Вы знаете характеристики пульса, что они означают.
3. Свойства артериального пульса: Как называется пульс, описанный в задаче?
4. Как называется операция по удалению селезенки?
5. Что входит в санитарно- гигиеническую подготовку операционного поля при операциях на органы брюшной полости.

Задача 7

В хирургическом отделении находится больной Н. 27 лет. После операции на брюшную полость наблюдается парез кишечника. Медицинская сестра для стимуляции перистальтики ввела сделала инъекцию прозерина, но без назначения врача.

1. От чего зависит тяжесть состояния больного при парезе кишечника?
2. Можно ли при таком послеоперационном осложнении кормить больного?
3. Оцените правильность действий медицинской сестры.
4. Что еще применяют при парезе кишечника, кроме медикаментозной терапии?
5. Обработка операционного поля при операциях на органы брюшной полости.

Задача 8

Больной И. доставлен скорой медицинской помощью в приемное отделение с диагнозом абсцесс печени. У больного лихорадка, озноб, давящая боль в правом подреберье.

Вопросы:

1. Дайте определение абсцесса.
2. Этиология данного заболевания.
3. Методы лечения абсцесса.
4. Перечислите хирургические методы при заболеваниях печени.
5. Хирургические методы при абсцессе.

Задача 9

Больному В. 57 лет была проведена операция по поводу резекции желудка. Рана зашита наглухо. Состояние больного удовлетворительное, ЧСС, АД, пульс, ЧДД в норме.

Вопросы:

1. Какое положение придают больным после операций на органах брюшной полости.
2. Уход за повязкой у данного больного.

3. Цель наблюдения и ухода за пищеварительной системой у данного больного.
4. Одна из мер борьбы с метеоризмом.
5. Цель постановки назогастрального зонда.

Задача 10

В приемное отделение скорой медицинской помощью был доставлен больной К. 46 лет. Предположительный диагноз-коагуляционный ожог пищевода. Больной был прооперирован в срочном порядке. Больному была установлена гастростома.

Вопросы:

1. Когда чаще всего накладывают гастростому?
2. Как должна следить за гастростомой медицинская сестра?
3. Положение больного после операции на органы брюшной полости.
4. Особенности ухода за больными, оперированными на органах брюшной полости.
5. Как называется воспаление слизистой оболочки пищевода?

Тема 12: «Диеты: виды, показания и противопоказания»

Задача 1

Больному 35 лет, проведена операция резекция желудка по Бильрот I по поводу язвенной болезни. На 3 сутки у больного боли в животе уменьшились, появилась перистальтика, стали отходить газы.

Вопросы:

1. Какой стол вы назначите больному?
2. Показания для назначения данного стола.
3. Какие противопоказания имеются?
4. Рекомендованные блюда?
5. Какие продукты, блюда следует исключить?

Задача 2

При осмотре больного 38 лет после постановки диагноза, сахарный диабет 1 типа врач назначил 9 стол.

Вопросы:

1. Показания для диеты?
2. Противопоказания для диеты?
3. Какие продукты не входят в диету?
4. Какие продукты входят в диету?
5. Что будет если медсестра перепутает стол с 15?

Задача 3

Больной А., 50 лет находится на лечении в хирургическом отделении с клиникой острого холецистита. На 3 сутки боли в правом подреберье

уменьшились, температура нормализовалась. Перистальтика определяется, газы отходят.

Вопросы:

1. Какой лечебный стол вы рекомендуете?
2. Показания для назначения этой диеты.
3. Рекомендованные блюда.
4. От каких продуктов следует отказаться?
5. Что такое контрастные диеты?

Задача 4

Больному после операции на ЖКТ по вырезанию аппендицита назначили «0» диету.

Вопросы:

1. Особенности «0» диеты?
2. Каким образом определяется функция ЖКТ?
3. Каким должен быть объем пищи?
4. Какие блюда может употреблять данный больной?
5. Сколько раз в день происходит употребление пищи?

Задача 5

После операции, у больного случилось осложнение, и врач назначил ему энтеральное питание.

Вопросы:

1. Что такое энтеральное питание?
2. Какие смеси есть?
3. Показания?
4. Противопоказания?
5. Преимущества этого питания?

Задача 6

Больной К. выписывается после операции – частичная гастрэктомия.

Вопросы:

1. Как и сколько раз нужно питаться больному?
2. Что нужно исключить из рациона?
3. Какие блюда нужно ограничить?
4. Какой диетический стол после 2-3 дней после операции назначается больным?
5. Что разрешается употреблять в пищу с данной диетой?

Задача 7

У больной А. гипертоническая болезнь, при употреблении кофе у больной появляются боли в сердце.

Вопросы:

1. Скажите разрешено ли с данным заболеванием употребление кофе?

2. Какой диетический стол назначается при гипертонической болезни?
3. На что направлена данная диета?
4. Что ограничено в данном рационе питания?
5. При каких еще заболеваниях назначается данная диета?

Задача 8

Больной В., 45 лет, был доставлен в приемный покой стационара с диагнозом острый нефрит.

Вопросы:

1. Какой диетический стол назначается в данном случае?
2. Каков рацион питания у данных больных?
3. При каких еще заболеваниях назначают данную диету?
4. Что такое парентеральное питание?
5. Что используется для парентерального питания?

Задача 9

Пациента выписали из хирургического стационара, после выздоровления. Больному не требуются специальные диеты.

Вопросы:

1. Какая диета имеет место в данном случае?
2. Какая пища исключается в данном случае?
3. Сколько раз в сутки происходит прием пищи?
4. Кто должен осуществлять контроль за приемом пищи в стационаре?
5. Допускается ли прием пищи больными принесенной из дома?

Тема 13: «Особенности кормления хирургических больных. Парентеральное питание. Стомы: колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома. Правила и техника ухода»

Задача 1

У человека нет возможности питаться естественным путем из-за недавно проведенной операции на брюшной полости. Ему назначили парентеральное питание.

Вопросы:

1. Что такое парентеральное питание?
2. Основная цель парентерального питания?
3. Показания и противопоказания для первичной и вторичной терапии.
4. Применяемые растворы.
5. В чем его польза?

Задача 2

Вы видите у человека отверстие на передней брюшной стенке, прикрытое специальным резервуаром, с характерным запахом, из которого выходят экскременты.

Вопросы:

1. Что вы наблюдаете?
2. Зачем нужны стомы?
3. Какие стомы Вы знаете?
4. Куда и как ставится трахеостома, гастростома?
5. Куда и как ставится колостома, цистостома?

Задача 3

К вам поступил пациент, которому прописано питание через гастростому. Опишите какие виды питания будут использоваться, и ответьте на вопросы.

Вопросы:

1. Методика кормления через гастростому.
2. Организация питания и кормления больных.
3. Кормление тяжелобольных.
4. Искусственное питание.
5. Введение пищи с помощью клизмы.

Задача 4

У пациента установлена гастростома после операции по поводу терминального стеноза пищевода. Пришло время питаться. Вам нужно накормить больного.

Вопросы:

1. Как вы будете кормить данного больного?
2. Когда вы будете кормить?
3. Порядок ваших действий.
4. Сколько можно вводить пищи при фистуле на тонкой кишке.
5. Возможные последствия несоблюдения 4 пункта

Задача 5

У пациента установлена колостома. Ранее больной перенёс операцию по удалению сигмовидной кишки в связи с опухолевым процессом. Иногда у него бывают затруднения с выходом каловых масс.

Вопросы:

1. Нужна ли пациенту утка?
2. Могут ли у него выходить отходы жизнедеятельности в твердом состоянии.
3. Какой уход за кожей вокруг колостомы должен проводиться.
4. Какие бывают колостомы по сроку выведения.
5. Что такое ирригация и когда к ней прибегают.

Задача 6

Больному К. была произведена операция на желудке, втайне от медперсонала болоной через день после операции попил воды и почувствовал себя плохо.

Вопросы:

1. Какую опасность представляет употребление воды или еды в первые дни после операции?
2. Как должно осуществляться питание в данном случае?
3. Как производится парентеральное питание внутривенно?
4. Как производится кормление через желудочный зонд.
5. Как производится кормление больных при наличии гастростомы?

Задача 7

Через 5 дней у больного наблюдается не продолжительное желудочное кровотечение после операции: резекция части желудка.

Вопросы:

1. Как должно осуществляться питание данного больного?
2. Опишите метод питания больного с помощью клизм.
3. Какие осложнения могут возникнуть при парентеральном питании?
4. В каких случаях делают гастростому?
5. Как производится кормление больных при наличии гастростомы?

Задача 8

Больной У. производилось питание через гастростому. Медсестра вышла в это время, и это привело к тому, что трубка выпала. Придя, медсестра попыталась вставить зонд обратно.

Вопросы:

1. Оцените правильность действий медсестры.
2. К чему может привести введение трубки «вслепую»?
3. Как меняется характер отделяемого в зависимости от места наложения свища?
4. Гигиена больных с кишечными свищами.
5. Что возникает при не соблюдении гигиены кожи вокруг свища?

Тема 14: «Уход за больными после операций на органах мочеполовой сферы»

Задача 1

У больного М., 45 лет, перенесшего операцию на предстательной железе, в послеоперационном периоде наблюдается выделение мочи, имеющей интенсивно-красный цвет, содержащей сгустки крови, что сочетается с падением артериального давления, учащением пульса, бледностью кожных покровов. В первые часы и дни после операции

больного беспокоят болезненные ложные позывы на мочеиспускание вследствие самой операции и раздражения стенки пузыря дренажной трубкой.

Вопросы:

1. Какие кровоостанавливающие медикаментозные средства следует использовать при выделении мочи, имеющей интенсивно-красный цвет?
2. Что следует делать, если кровоостанавливающие медикаментозные средства не смогли остановить кровотечение?
3. Что может произойти, если больной при болезненных ложных позывах на мочеиспускание начнет тужиться и пытаться мочиться?
4. Через какое время после операции следует удалить дренаж?
5. К чему могут привести выполнения клизм, введения газоотводных трубок и прочие ректальные процедур?

Задача 2

У пациентки Т., 30 лет, после проведения аборта возникли осложнения со стороны операционной раны: это кровотечения и гематомы. Появилась выраженная бледность кожи и слизистых, одышка, обморочное состояние, пульс становится частым, нитевидным, понижается артериальное давление, появляются выделения из влагалища. После аборта в первом триместре пациентка жаловалась на болезненность молочных желез и выделения из них.

Вопросы:

1. Что следует сделать сразу после аборта?
2. Общее наблюдение медсестры за состоянием пациентки.
3. Какие препараты используют для остановки кровотечения?
4. На протяжении какого времени следует избегать тяжелой физической работы и не поднимать тяжести?
5. Как облегчить состояние женщины при болезненности молочных желез и выделениях из них?

Задача 3

Пациентка К., 25 лет, перенесла операцию по удалению кисты яичника. Появилась выраженная бледность кожи и слизистых, одышка, обморочное состояние, пульс становится частым, нитевидным, понижается артериальное давление, появляются выделения из влагалища.

Вопросы:

1. Общее наблюдение медсестры за состоянием пациентки.
2. В течении какого времени нужно избегать физических нагрузок?
3. Что нужно делать, чтобы препятствовать образованию тромбов у пациентки после операции по удалению кисты яичника?
4. Как мыть область разреза?

5. Какие обезболивающие принимать при легкой боли?

Задача 4

Пациент Д., 6 лет, перенес операцию по опусканию яичек. Его мучила длительная и обильная рвота, задержка газов, пониженное давление.

Вопросы:

1. Какой препарат следует вводить при болях у ребенка?
2. Чем насыщать ослабленный организм?
3. Как избавиться от пролежней?
4. Что следует делать при рвоте?
5. Что делать при низком давлении?

Задача 5

Пациент О., 45 лет, перенес операцию на мочеточнике. Его мучила длительная и обильная рвота, задержка газов, пониженное давление.

Вопросы:

1. Что следует делать при рвоте?
2. Что делать при низком давлении?
3. Как избавиться от пролежней?
4. Чем насыщать ослабленный организм?
5. Какие обезболивающие принимать при легкой боли?

Задача 6

У больного М. внезапно появилась интенсивная схваткообразная боль в поясничной области больше справа, иррадиирующая в паховую область и половые органы.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова доврачебная помощь?
3. Какие препараты нужно вводить по назначению врача?
4. Дайте определение понятию диурез?
5. Как производится проба Зимняцкого?

Задача 7

У больной К 25 лет внезапно появилась интенсивная схваткообразная боль в поясничной области больше справа, иррадиирующая в паховую область и половые органы.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Первая помощь данной больной.
3. Понятие о новокаиновой блокаде.
4. Какую новокаиновую блокаду нужно провести в данном случае?
5. Опишите метод Нечипоренко

Задача 8

К врачу обратилась пациентка с жалобами на острую задержку мочи, которая сопровождается сильными болями в надлобковой области с частыми безуспешными позывами к мочеиспусканию, беспокойным состоянием.

Вопросы:

1. При каких патологических состояниях встречается анурия?
2. В чем заключается медикаментозная неотложная помощь при задержке мочи?
3. С помощью чего производится катетеризация мочевого пузыря?
4. Какой процедуре прибегают при неэффективности катетеризации?
5. Какие заболевания препятствуют эффективности катетеризации?

Задача 9

Больной К. после операции, по удалению камней в правой почке, предъявляет жалобы на боль в правой поясничной области.

Вопросы:

1. Какие диагностические исследования почек Вы знаете?
2. В чем заключается подготовка к рентгенографическому исследованию?
3. Исследование мочи по методу Аддиса-Каковского.
4. Опишите метод Нечипоренко.
5. Как производится проба Зимняцкого?

Задача 10

Больной Д., 30 лет жалуется на постоянное мочеиспускание, сопровождающееся болями. Суточный диурез превышает норму.

Вопросы:

1. Дайте определение понятию диурез?
2. Какое количество мочи выделяется у здорового человека за сутки?
3. В связи с чем происходит выраженное снижение суточного диуреза?
4. Когда развивается полиурия?
5. Что учитывают при общем анализе мочи?

Тема 15: «Уход за травматологическими больными и пациентами после операций на позвоночнике»

Задача 1

Мужчина 30 лет получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в руках и

ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Транспортная иммобилизация и положение пострадавшего при транспортировке.
5. Принципы хирургического лечения

Задача 2

Больной С. 45 лет, на работе прыгнул со стеллажа с высоты 2 - 3 м. При падении приземлился на ноги и резко присел, после чего почувствовал сильные боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие в правую ногу. Самостоятельно встать не мог из-за резкого усиления болей. Доставлен на жестких носилках в положении на спине с реклинирующим валиком под поясничным отделом позвоночника.

Объективно. Состояние больного удовлетворительное, жалобы на сильные боли в поясничном отделе позвоночника. При осмотре отмечается выстояние остистого отростка III поясничного позвонка, в поясничном отделе имеется патологическое напряжение мышц. Осевая нагрузка вызывает резкую болезненность в поясничном отделе. При пальпации отмечается локальная болезненность в области остистого отростка III позвонка, На ноги встать не может из-за сильных болей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Сроки иммобилизации и лечения больного, прогноз.
3. Первая помощь.
4. Лечение больного.
5. Виды обезболивания.

Задача 3

При осмотре больного М., 74 лет, после лапаротомии по поводу острого деструктивного холецистита, разлитого серозно-фибринозного перитонита, находящегося в хирургическом отделении длительное время, медсестра обнаружила на крестце, лопатках и задней поверхности голени синюшно-красные пятна, отслойку эпидермиса, появление пузырей.

Вопросы:

1. Какое осложнение в послеоперационном периоде развилось?
2. Перечислите последовательность действий при данном осложнении.

3. Какие мероприятия санитарно-гигиенического ухода должны проводиться?
4. Каким способом определяется функция желудочно-кишечного тракта?
5. Назовите меры профилактики пролежней.

Задача 4

Женщина лет 35 была доставлена в больницу после падения с высоты, отмечается боль в области сломанного позвонка, особенно при надавливании на остистый отросток, нагрузке по оси позвоночника при давлении на голову, выстояние кзади остистого отростка сломанного позвонка. После операции на позвоночнике поступает из операционной в палату.

Вопросы:

1. Что представляет собой послеоперационный режим?
2. Каковы особенности транспортировки больного?
3. Предварительный диагноз
4. Как осуществляется уход за пострадавшим, если перелом позвоночника не сопровождается повреждением спинного мозга?
5. Как осуществляется профилактика осложнений со стороны органов дыхания в послеоперационный период?

Задача 5

В послеоперационную палату поступила больная Р. в тяжелом состоянии, положение в постели пассивное.

Вопросы:

1. Какова роль медсестры в послеоперационный период?
2. Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза?
3. Как предотвратить появление пролежней?
4. Какие медикаментозные средства назначаются для усиления глубины дыхания?
5. Как осуществляется уход за больным при возникновении после наркоза рвоты?

Задача 6

Больному Д., была произведена операция на позвоночнике, вследствие переломов шейных позвонков.

Вопросы:

1. Назовите осложнения заживления переломов
2. Способы транспортировки при повреждении позвоночника?
3. Как транспортируют больных при переломе костей таза?
4. Назовите этапы гипсовой техники
5. В каких случаях применяют метод консервативного лечения при переломах

Задача 7

У больного Д. диагностирован перелом плечевой кости. При рентгенографии установлено смещение отломков.

Вопросы:

1. Возможна ли у данного больного одномоментная закрытая ручная репозиция?
2. Какой метод применим в данном случае?
3. Что используется для проведения данного метода?
4. Уход за больными со скелетным вытяжением.
5. Перечислите достоинства и недостатки скелетного вытяжения?

Задача 8

В стационаре больной с переломами костей таза лежит с вытянутыми ногами.

Вопросы:

1. Правильно ли данное положение у больного?
2. Кто должен следить за положением данного больного?
3. В чем должен заключаться уход за данными больными?
4. В чем заключается уход за больными с травмами черепа и головного мозга?
5. Перечислите осложнения заживления переломов.

Тема 16: «Транспортная иммобилизация больных. Транспортировка пострадавших»

Задача 1

В приемное отделение больницы доставлен пациент с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. Чувствует себя удовлетворительно, может передвигаться самостоятельно.

Вопросы:

1. Назовите признаки желудочно-кишечного кровотечения.
2. Способ транспортировки такого пациента в отделение.
3. В чем заключается неотложная помощь такому пациенту?
4. Кто должен транспортировать пациента?
5. Перед транспортировкой на каталке что сделать следует?

Задача 2

К вам обратился сосед с просьбой помочь. Несколько часов его беспокоит боль в животе, была рвота, повысилась температура тела до 37,5 градусов. Боли локализовались в правой подвздошной области. Стула не было. Живот резко напряжен и ощупывание болезненно. Нужно перенести пациента в другой корпус, в другое отделение, через лестницы.

Вопросы:

1. О каком синдроме можно подумать?
2. Тактика медицинской сестры.
3. Правила транспортировки.
4. Оснащение носилок?
5. Как транспортируют по лестнице пациента?

Задача 3

Пожилой человек, споткнувшись, упал на руки, возникла резкая боль в области лучезапястного сустава, усиливающаяся при любом движении кисти. Резко изменилась конфигурация сустава и лучевой кости.

Вопросы:

1. Какое возникло повреждение?
2. Способ иммобилизации
3. Тактика участковой медицинской сестры.
4. Куда следует транспортировать пострадавшего?
5. Помощь при транспортировке.

Задача 4

Необходимо транспортировать больного из палаты в операционный блок, который находится в другом корпусе на 5 этаже, а лифт временно не работает. Холодное время года. Пациент находится в бессознательном состоянии.

Вопросы:

1. Как правильно осуществить транспортировку?
2. Транспортировка на носилках?
3. Оснащение.
4. Особенности транспортировки пациента в бессознательном состоянии.
5. Какие меры нужно принять в холодное время года?

Задача 5

Мальчик, 13 лет, играя в хоккей, упал на ладонь отведенной правой руки.

Беспокоят боли в нижней трети предплечья. При осмотре отмечаются Припухлость в области лучезапястного сустава и дистальной трети предплечья, болезненность, деформация, ограничение движений в лучезапястном суставе. Боли усиливаются в нижней трети лучевой кости при осевой нагрузке на предплечье.

Вопросы:

1. Какой объем первой помощи должен быть оказан пострадавшему?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить в травматологическом пункте?
3. Основное средство транспортной иммобилизации.

4. Основные правила транспортной иммобилизации (не менее 7)
5. Виды гипсовых повязок (назвать не менее 5)

Задача 6

Во время соревнований по волейболу девушка упала. Предъявляет жалобы на боль в области коленного сустава, припухлость, нарушение функции коленного сустава, спустя некоторое время боль притихла, но стала нарастать гематома.

Вопросы:

1. Какое повреждение мягких тканей имеется в данном случае?
2. Дайте определение данному повреждению?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
4. При возникновении больших гематом, что необходимо сделать врачу?
5. Как отличит ушиб от растяжения?

Задача 7

В приемный покой стационара доставлен больной К. 23 года. Из анамнеза известно, что молодой человек получил травму при строительных работах, резко выдернув ногу из обрушившихся досок. При осмотре пациента наблюдается выраженная боль, отек и гематома, а также значительное ограничение функции сустава. При рентгенографии врач обнаружил вывих голеностопного сустава.

Вопросы:

1. Какое еще повреждение имеется у данного больного помимо вывиха голеностопного сустава?
2. Дайте определение понятию вывих.
3. В чем заключается первая помощь данному больному?
4. Кто должен производить вправление вывиха?
5. Иммобилизация и реабилитация после вправления вывиха.

Задача 8

Больная В. 50 лет, упала с лестницы. Предъявляет жалобы на боль в области бедра. При осмотре бедро деформировано, наблюдается патологическая подвижность. При расспросе больная утверждает, что слышала хруст ломающейся кости.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какой метод диагностики применяется в данном случае?
3. В чем заключается транспортная иммобилизация данной больной
4. Перечислите способы иммобилизации больных с переломами.
5. Какие виды транспортных шин вы знаете?

Тема 17: «Уход за больными после операций на сосудах и сердце»

Задача 1

Больная, 45 лет жалуется на тянущие ноющие боли в области правой голени. На внутренней поверхности имеется припухлость синюшного цвета размерами 3х5см. плотная, болезненная на ощупь. Был выставлен диагноз тромбофлебит подкожных вен нижней конечности справа. Была выполнена операция кроссэктомия справа.

Вопросы:

1. Какие осложнения могут возникнуть?
2. В чем заключается послеоперационный уход данному больному?
3. Назовите этиологию данного заболевания?
4. Патогенез заболевания?
5. Меры профилактики?

Задача 2

Мужчина 55 лет. В течение длительного времени жалуется на боли за грудиной появляющиеся при незначительной физической нагрузке. Давление поднимается до 160/95 мм, был выставлен диагноз ИБС. Стабильная стенокардия 3фк. По результатам коронарографии стеноз коронарных сосудов 75%. Выполнено стентирование, просвет восстановлен.

Вопросы:

1. Какие осложнения могут возникнуть?
2. В чем заключается послеоперационный уход данному больному?
3. Назовите этиологию данного заболевания?
4. Патогенез заболевания?
5. Меры профилактики?

Задача 3

У больного Т., 47 лет, жалобы на боль за грудиной, усиливающаяся при физической нагрузке, проходящая в покое. Частые головокружения, иногда обмороки. Общую слабость, усталость, учащенное сердцебиение. Давление 120/30 мм. рт. ст. по ЭХОКГ выставлен диагноз: недостаточность аортального клапана IIIст. Была выполнена операция: протезирование аортального клапана.

Вопросы:

1. Возможные осложнения?
2. В чем заключается уход за данным больным?
3. Необходимая терапия в данном случае?
4. Диспансеризация?
5. Рекомендации лечащего врача?

Задача 4

Женщина 45 лет на профосмотре: жалобы на незначительную одышку, боли в груди не постоянной локализации, видимую пульсацию брюшного отдела аорты. Была направлена на дополнительное обследование: УЗИ с ЦДК, Аортография. Выставлен диагноз: аневризма брюшной части аорты. Операция: плановая, резекция аневризмы с последующим протезированием.

Вопросы:

1. Осложнения
2. В чём заключается уход в послеоперационном периоде?
3. Диагностика
4. Противопоказания к операции, дальнейшее наблюдение
5. У каких специалистов должен наблюдаться больной после выписки?

Задача 5

Женщина 40 лет. Жалобы на распирающие боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при вертикальном положении и движении, отек стопы увеличивающийся в вертикальном положении, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. По данным УЗИ с ЦДК был выставлен диагноз: тромбоз глубокой вены бедра в верхней трети. Выполнена операция: установка кавафилтра.

Вопросы:

1. Назовите осложнения.
2. Профилактические меры данного заболевания.
3. В чём заключается уход в послеоперационном периоде.
4. Патогенез ТЭЛА.
5. У каких специалистов должен наблюдаться больной после выписки.

Задача 6

Больной К. 62 года, во время прогулки почувствовал себя плохо. Предъявляет жалобы на боли в сердце давящего и сжимающего характера. Боли распространяются в левое плечо, лопатку, левую половину шеи.

Вопросы:

1. Чему свидетельствуют данные боли?
2. К чему может привести?
3. Что необходимо предпринять в данном случае?
4. Как отличить приступы стенокардии от инфаркта миокарда?
5. В какое отделение направляют больных с инфарктом миокарда?

Задача 7

Больной Е., 54 года. Была произведена операция на сердце. Спустя двое суток у больного появилось чувство выраженной нехватки воздуха (удушья) и сопровождается тяжелой одышкой в покое, цианозом.

Вопросы:

1. Какое состояние возникло у данного больного?

2. По какой причине возникает данное состояние?
3. К чему может привести данное состояние?
4. В чем заключается уход за такими больными?
5. Алгоритм помощи больным с кардиогенным шоком?

Задача 8

Больная В. с хронической сердечной недостаточностью в период нарастания ее декомпенсации не соблюдала постельный режим.

Вопросы:

1. Чем характеризуется хроническая сердечная недостаточность?
2. Правильно ли поступала в данном случае больная?
3. За какими показателями необходимо следить медперсоналу?
4. Чем характеризуется острая сердечная недостаточность?
5. Как еще называется острая сердечная недостаточность?

Тема 18: «Временные методы остановки кровотечения»

Задача 1

Больной Д. 20 лет жалуется на боли в области раны, расположенной на передней поверхности верхней трети бедра, обильное кровотечение из неё, слабость, головокружение. В 21.10 ему было нанесено ножевое ранение. При осмотре на передней поверхности имеется рана, из которой вытекает кровь пульсирующей струей алого цвета; кожные покровы бледные, пульс 118 уд/мин., слабого наполнения, АД 90/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Вид кровотечения
2. Способ остановки данного кровотечения
3. Тип повязки для остановки кровотечения
4. Правила наложения жгута
5. Правильное положение больного

Задача 2

Больной, с целью самоубийства нанес себе раны на левой верхней конечности. Кожные покровы бледные. На передней поверхности левого предплечья раны, кровоточат, кровь вытекает медленной струей, темного цвета.

Вопросы:

1. Вид кровотечения
2. Способ остановки данного кровотечения
3. Тип повязки для остановки кровотечения
4. Правила наложения повязки
5. Правильное положение больного

Задача 3

При открытом осколочном переломе на рану средней трети правого бедра наложена давящая асептическая повязка, которая спустя 5 минут промокла алой кровью, а при ее снятии из раны появилось обильное кровотечение пульсирующей струей.

Вопросы:

1. Вид кровотечения
2. Способ остановки данного кровотечения
3. Тип повязки для остановки кровотечения
4. Правила наложения жгута
5. Правильное положение больного

Задача 4

Мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, и сразу же началось сильное кровотечение. В области передневнутренней поверхности нижней трети левого плеча рана, из раны, пульсирующей струёй выбрасывается алая кровь.

Вопросы:

1. Вид кровотечения
2. Способ остановки данного кровотечения
3. Тип повязки для остановки кровотечения
4. Необходимость наложения жгута
5. Термическая остановка

Задача 5

Больной М. 7 лет, повредил колено при беге. Рана обширная, кровь насыщенного красного цвета, вытекает медленно, в небольшом объеме.

Вопросы:

1. Вид кровотечения
2. Способ остановки данного кровотечения
3. Тип повязки для остановки кровотечения
4. Необходимость дезинфекции около-раневой области.
5. Какая ткань не рекомендуется для перекрывания?

Задача 6

В приёмное отделение многопрофильного стационара вечером доставлен мужчина 46 лет с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, тошноту, периодическую рвоту содержимым типа «кофейной гущи».

Вопросы:

1. Свидетельствует ли рвота содержимым типа «кофейной гущи» о кровотечении в ЖКТ?
2. Назовите классификацию данного кровотечения по отношению к внешней среде.
3. Что такое внутренние скрытые кровотечения?
4. Дайте определение понятию кровотечение.

5. Что такое гематома?

Задача 7

Больной М. 25 лет поступил в приемное отделение с жалобами на наличие раны в области правого предплечья, продолжающееся кровотечение из раны, головокружение. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, частота пульса — 96 уд. /мин, АД — 105/65 мм рт. ст. В области нижней трети правого предплечья по внутренней поверхности имеется рана размером 10 x 2 см с ровными краями и стенками.

Вопросы:

1. Какие лечебные мероприятия на догоспитальном этапе необходимо произвести?
2. Определите лечебную тактику в стационаре.
3. Назовите анатомическую классификацию кровотечений
4. Что такое гиповолемия?
5. Чем опасно кровотечение в замкнутую полость?

Задача 8

Больному И была произведена операция сопровождающаяся вскрытием грудной клетки. Во время операции выделилось до 50 мл сливкообразного гноя. На четвертые сутки после операции температура тела больного повысилась до 38,9^о, боли в конечности усилились, на перевязке отмечена гиперемия и отек краев раны, скудное гнойное отделяемое по дренажу. Дренаж удален. На пятые сутки повязка в области раны обильно промокла кровью со сгустками.

Вопросы:

1. Какие компенсаторно-приспособительные механизмы вы знаете?
2. Что такое гиповолемия?
3. К какому виду относится данное кровотечение согласно классификации по времени возникновения?
4. С чем связан данный вид кровотечения?
5. Перечислите степени кровопотери

Тема 19: «Уход за больными после операций на лёгких»

Задача 1

Мужчина 56 лет, обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, переносил на ногах. Болен 2 месяца. За это время отмечал быструю утомляемость, нарастающую слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное,

несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены. Сделали операцию на рак легкого.

Вопросы:

1. Для чего сразу же после операции мы укладываем больного в легкое Положение Тренделенбурга?
2. Как должна быть ушита грудная полость после операции?
3. Что накладываем на рану?
4. Каков уход, если образуется медиастинальная эмфизема?
5. Что включает дальнейший уход за раной?

Задача 2

Больной П., 48 лет, была сделана операция на легкие. Диагноз-Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост), ограниченный мелкоклеточный.

Вопросы:

1. Чем должен быть обеспечен больной в послеоперационный период?
2. Какое положение придают больному после наркоза?
3. Что назначают на второй день после операции для улучшения кровообращения и предупреждения застойной пневмонии в здоровом легком?
4. Прогноз пациента
5. За чем в первую очередь следят по выходе из наркоза?

Задача 3

У больной было обнаружено повторное легочное кровотечение, профузное лёгочное кровотечение; напряжённый пневмоторакс, была отправлена на неотложную операцию удаление внутригрудных лимфатических узлов. Диагноз-туберкулез легких.

Вопросы:

1. Что не рекомендуется делать в первые 1-2 года после операции?
2. Время выписки больного
3. Меры профилактики
4. Что следует делать во время подъемов температуры?
5. Каким питанием должны обеспечить больного?

Задача 4

Александр К., 25 лет. Ист. бол. 45. Поступил в хирургическое отделение Воронежского областного противотуберкулезного диспансера 22/1 1959 г. с диагнозом: хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких, ТБ (+), под интубационным эфирно-кислородным наркозом с управляемым дыханием удалена нижняя доля левого легкого. Во время операции отмечено наличие мелких плотных очажков в язычковых сегментах.

Вопросы:

1. Что нужно постоянно контролировать?
2. Помощь при кровохарканье
3. За чем в первую очередь следят по выходе из наркоза?
4. Питание.
5. Что следует делать во время подъемов температуры?

Задача 5

Больному была сделана операция по открытию стенки грудной клетки.

Вопросы:

1. Для чего после торакотомии будут в организме размещены катетеры и трубки?
2. Какие препараты могут назначить после операции?
3. Что поможет сохранить легкие чистыми?
4. Положение в пространстве
5. Длительность пребывания в больнице

Задача 6

Мужчина В., 28 лет во время строительных работ упал и ударился грудью. Жалуется на боль в груди, при кашле выделяется мокрота с прожилками крови. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, температура 36,6 °С, кожные покровы не изменены, пульс и дыхание соответствует возрасту.

Вопросы:

1. Какой симптом описан?
2. В чем заключается первая помощь?
3. На какое время можно наложить пузырь со льдом?

Задача 7

Больной Г. 54 года поступил в хирургическое отделение с диагнозом доброкачественная опухоль легких. Была проведена плановая операция, в ходе которой было произведено вскрытие грудной клетки (торакотомия). После операции стала скапливаться жидкость в плевральной полости.

Вопросы:

1. Необходимо ли вводить в плевральную полость дренажные трубки?
2. К чему может привести нарушение герметичности дренажа?
3. В норме ли выделение из дренажа большого количества крови? И кто должен следить за этим?
4. Какие дальнейшие действия больного после удаления дренажа?
5. Что включает дальнейший уход за раной?

Задача 8

Больному В. врач производит пункцию плевральной полости в четвертом межреберье по задне-подмышечной линии. После

выполнения процедуры больной почувствовал себя плохо и обратился с жалобами к врачу.

Вопросы:

1. Правильно ли врач произвел данную процедуру?
2. В каком межреберье проводится данная процедура?
3. Чем нужно обработать кожу?
4. Объясните алгоритм проведения плевральной пункции?
5. В чем заключается профилактика послеоперационной пневмонии?

Задача 9

Послеоперационный больной самостоятельно отсоединил дренаж от аспиратора. Несколько часов больной находился в таком состоянии затем почувствовал себя плохо.

Вопросы:

1. Кто должен был наблюдать за данным больным и на кого возлагается ответственность?
2. В каком положении в постели должен находиться такой больной?
3. Что используют для улучшения дренажной функции легких?
4. К чему может привести нарушение герметичности дренажа?
5. В чем заключается профилактика послеоперационной пневмонии?

Тема 20: «Основы сердечно-лёгочной реанимации. Восстановление проходимости дыхательных путей»

Задача 1

В отделении неврологии для больных с ОНМК (острым нарушением мозгового кровообращения) ККБ после кормления больного с нарушением глотательного рефлекса протёртой пищей лицо больного приобрело цианотичную окраску, произошла остановка дыхания и сердца.

Вопросы:

1. Вследствие чего произошла остановка?
2. Что необходимо сделать перед началом сердечно – лёгочной реанимации?
3. Какие меры предосторожности необходимо предпринять при проведении искусственного дыхания для защиты оказывающего помощь от бактериальной инфекции?
4. Опишите положение, которое нужно придать больному для проведения сердечно-лёгочной реанимации.
5. Опишите технику проведения сердечно-лёгочной реанимации.

Задача 2

В отделении пульмонологии ККБ больной с обструкцией дыхательных путей вследствие скопления гнойного отделяемого в бронхиальном дереве дал остановку дыхания и сердечной деятельности.

Вопросы:

1. Что нужно сделать перед началом сердечно-лёгочной реанимации?
2. Каким методом будет проводиться искусственное дыхание в условиях стационара?
3. Назовите «Азбуку реанимации»
4. Назовите соотношение числа вдохов к числу стимуляций работы сердца при проведении сердечно-лёгочной реанимации одним человеком
5. Опишите последовательность действий при проведении сердечно-лёгочной реанимации.

Задача 3

Вы находитесь в гостях у своих друзей. Ребёнок 11 месяцев подавился пуговицей, начал задыхаться. К моменту, когда вы его обнаружили дыхание отсутствовало, кожные покровы приобрели восковую бледность, пульс нитевидный, слабый.

Вопросы:

1. Что нужно предпринять перед началом реанимационных мероприятий?
2. Необходимо ли в данном случае проводить закрытый массаж сердца?
3. Чем отличается техника проведения искусственного дыхания и закрытого массажа сердца у младенцев до 1 года
4. Назовите алгоритм сердечно-лёгочной реанимации
5. Назовите виды утопления (классификация по причине остановки дыхания)

Задача 4

Вы идёте по улице. Перед вами на дороге лежит человек без видимых признаков повреждения.

Вопросы:

1. Алгоритм действий при обнаружении пострадавшего
2. Назовите азбуку реанимации
3. Назовите пять правил нанесения прекардиального удара по груди
4. Бывает ли остановка дыхания без остановки сердца?
5. Алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации

Задача 5

В хирургическом отделении больной на 3-ий день после операции по аппендэктомии поднялся с постели. Появился цианоз верхней половины тела, больной упал в обморок. Наступила остановка дыхания, пульс на периферических сосудах не прощупывается.

Вопросы:

1. Опишите метод Сафара (правило ABC)
2. Какие ещё буквы включает в себя «азбука реанимации»? Расшифруйте.
3. Опишите особенности проведения сердечно-лёгочной реанимации у детей 1-8 лет.

4. Каким методом проводят искусственное дыхание в условиях стационара?
5. Как можно стимулировать работу сердца при реанимации?

Задача 6

Идущий впереди вас мужчина внезапно упал. Приблизившись к упавшему мужчине, вы обнаружили, что человек делает судорожные дыхательные движения, лицо его синюшно, зрачки широкие, пульс не определяется, тоны сердца не выслушиваются, то есть имеются все признаки остановки кровообращения.

Вопросы:

1. В чём заключается первая медицинская помощь пострадавшему?
2. Какова её последовательность?
3. Что является критерием эффективности реанимационных мероприятий?
4. Назовите признаки биологической смерти
5. Опишите действия ИВЛ мешком Амбу

Задача 7

У тяжёлого больного, находящегося в реанимационном зале на ИВЛ, произошла внезапная остановка аппарата вследствие отключения электричества.

Вопросы:

1. Чем опасна данная ситуация?
2. Что необходимо предпринять дежурной медсестре?
3. Какие осложнения бывают в послеоперационном периоде со стороны органов пищеварения?
4. Какой вид клизмы используется при непроходимости кишечника?
5. Опишите последовательность постановки сифонной клизмы.

Задача 8

Во время автомобильной катастрофы мужчина 26 лет получил тяжёлую черепно-мозговую травму и извлечён из машины без сознания: дыхание поверхностное, артериальное давление не определяется, пульс на сонных артериях нитевидный.

Вопросы:

1. Перечислите признаки клинической смерти.
2. Нужно ли проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание?
3. В каком положении осуществляется транспортировка пострадавшего в стационар?
4. Какие клинические параметры необходимо оценивать во время транспортировки пострадавшего?
5. В какой стационар должен быть транспортирован пострадавший?

Задача 9

Во время уличной драки один из молодых людей получил удар по голове, после чего упал. У молодого человека отсутствует пульс и дыхание.

Вопросы:

1. Как правильно оценить ситуацию?
2. Перечислите абсолютные признаки клинической смерти.
3. Какие действия и в какой последовательности необходимо предпринять?
4. В течение какого времени необходимо продолжать эффективные лечебные мероприятия?
5. От чего зависит продолжительность клинической смерти?

Задача 10

Из воды извлечено тело женщины без признаков жизни. Со слов очевидцев, под водой пробыла 3-4 мин. При осмотре: кожные покровы синего цвета, холодные; сознание, сердцебиение и дыхание отсутствуют, зрачки расширены, реакции на свет нет.

Вопросы:

1. Какое состояние у пострадавшего?
2. Дайте определение реанимации.
3. Опишите технику проведения ИВЛ мешком Амбу.
4. Использование каких вспомогательных средств позволяет достичь контроля за проходимость дыхательных путей во время реанимации?
5. Что является критерием эффективности ИВЛ, проводимой в комплексе реанимационных мероприятий?

Эталоны ответов по теме 1 «Общие вопросы ухода за хирургическими больными. Хирургическое отделение»

Эталон ответа

Задача 1

1. Образуется застой крови и появляются пролежни.
2. 2) Обрабатывается комфортным спиртом, массажными движениями или пошлепыванием.
3. Матрасы должны быть противопролежневыми, постельное белье должно быть без складок, положение больного меняется каждые 2 часа(с одного бока на другой)
4. 4) 0,5% перманганата калия или зеленкой, так же обрабатывается камфорным спиртом.
5. Пролежни - это омертвление мягких тканей, возникающее в следствие ишемии, вызванной продолжительным, непрерывным механическим давлением на них

Эталон ответа

Задача 2

1. При разложении остатков не удаленной пищи из полости рта вместе со слюной они могут попасть в организм и нарушить работу желудочно-кишечного тракта.
2. 2 раза в день, утром и вечером и после каждого приема пищи нужно полоскать ротовую полость.
3. Процедура проводится полусидя, в перчатках, при помощи смоченного тампона удаляются остатки пищи из ротовой полости.
4. Перед приемом и после приема пищи проводят гигиену полости рта.
5. Санация полости носа осуществляется резиновой грушей или специальным аэрозолем.

Эталон ответа

Задача 3

1. Если больную не подмывать при недержании мочи или кала в области паховых складок, это может привести к раздражению кожи и образованию пролежней.
2. При недержании мочи или кала лежачего больного нужно несколько раз в день подмывать лежачего больного (сверху вниз)
3. Подмывают любыми дезинфицирующими веществами. При возможности водят в душ.
4. Для прекращения поноса требуется голод, обильное питье воды.
5. Диета №4. Показания: острые энтероколиты с диареей после голодных дней, обострение хронических энтеритов, дизентерия, состояния после операциях на кишечнике.

Эталон ответа

Задача 4

1. 2% раствором борной кислоты или 0,02% раствора фурацилина.
2. Тампон нужно менять 3-4 раза.
3. Высушиваются глаза при помощи ватно-марлевого шарика.
4. Чаще всего встречаются у людей, у которых круглосуточный постельный режим.
5. Смачивают небольшой ватный шарик вазелиновым маслом, после чего протираются веки больного, далее глаза протираются сухим марлевым шариком, после этого другим марлевым шариком, смоченным фурацилином, протираются веки больного. Веки больного протираются от наружной стороны глаза к внутреннему уголку.

Эталон ответа

Задача 5

1. Это может привести к затруднению дыхания и ухудшению состояния больного.

2. Носовые ходы больного очищаются с помощью турунды, смоченной глицерином, вазелином, подсолнечным маслом.
3. Турунды можно оставить в носовых ходах на 3-4 минуты, затем ватным тампоном удалить корочки.
4. Намотать на зонд вату, смоченную вазелиновым маслом. Ввести зонд в носовой ход больного, затем вращательными движениями удалить корочки.
5. Мазок из носа, с заполненным направлением в лабораторию.

Эталон ответа

Задача 6

1. Больного необходимо отправить в хирургическое отделение.
2. Общехирургическое (туда поступают больные с разными хирургическими заболеваниями), специализированные (разделяются по профилю заболевания: торакальное, нейрохирургическое и т.д.).
3. Хирургическое отделение состоит из нескольких структурных подразделений: приемного покоя, операционно-перевязочного блока, палат, постов медсестер, процедурного кабинета, вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, помещений для мед. персонала (кабинет заведующего отделением, сестринская комната).
4. Приемное отделение предназначено для приема и обследования пациентов. Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический и др.
5. Прием и регистрация больных.
 - Врачебный осмотр пациентов.
 - Оказание экстренной медицинской помощи.
 - Определение отделения стационара для госпитализации больных.
 - Санитарно-гигиеническая обработка больных.
 - Оформление соответствующей медицинской документации.
 - Транспортировка больных.

Эталон ответа

Задача 7

1. Приемное отделение.
2. В приемное отделение могут входить вспомогательные диагностические кабинеты (УЗИ, эндоскопии, рентгенографии, клинической лаборатории).
3. Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический и др.
4. Работа приемного отделения протекает в строгой последовательности:
 - 1) регистрация больных;

- 2) врачебный осмотр;
 - 3) санитарно-гигиеническая обработка.
5. Осмотр кожных и волосяных покровов больного.
- Стрижка волос, ногтей, бритьё (при необходимости).
 - Мытьё под душем или гигиеническая ванна.

Эталон ответа

Задача 8

1. Область операции-голова. Участок бритья - точно по краю оперируемого участка, волосы сбривают частично или полностью. Обработать операционное поле антисептическими растворами.
2. Влажное бритьё, удаление волосяного покрова с использованием химических веществ, сухое бритьё.
3. Следует избегать сухого бритья, так как оно вызывает больше микротравм и трудноудаляемых остатков тканей и волос, чем влажное бритьё.
4. Материалы для влажного бритья: одноразовый бритвенный станок, пена для бритья или жидкое мыло, вата. Кожу намыливают пеной или мылом, при аллергии увлажняют только водой, бреют после определенного периода воздействия (1 минута), по возможности действовать атрауматично. Участок кожи омывают или пациент принимает душ.
5. Материалы: депиляционный крем, шпатель, вата. Выяснить были ли у пациента аллергические реакции. Методика имеет преимущество при удалении волосяного покрова в области половых органов. Депиляцию пациент может провести самостоятельно, крем после истечения времени действия удаляют шпателем, ватой или смывают.

Эталоны ответов по теме 2 «Требования к хирургическому стационару, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Приёмное отделение, операционный блок»

Эталон ответа

Задача 1

1. Лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости и грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия. Компьютерная томография. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Острый панкреатит.
2. Гастроэнтерологическое.
3. Назначают умеренно щадящую диету с увеличением количества белка и уменьшением суточного количества жиров и сахара. Рекомендуются прием пищи небольшими порциями 4-6 раз в сутки. Исключают жирную, острую пищу, консервы, газированные напитки, кислые сорта фруктов, наваристые бульоны. Также исключают прием алкоголя и лекарств,

приведших к обострению. Используют средства, уменьшающие образование и выделение панкреатического сока – антациды (альмагель, фосфалюгель), ингибиторы «протонового насоса» (омепразол), блокаторы кислоты (квamatел, фамотидин). Для устранения боли применяют спазмолитики (но-шпа, папаверин). Ферментная недостаточность поджелудочной железы компенсируется приемом ферментозаместительных препаратов, таких как: креон, мезим форте, фестал, панкреатин, панзинорм и др.

4. Постинъекционный абсцесс ягодичной области.

5. Не соблюдение правил асептики и антисептики, постановка инъекции без перчаток.

Эталон ответа

Задача 2

1. Больной находится в крайне тяжелом состоянии.
2. Возможно у больного острый аппендицит или перитонит (воспаление брюшной полости). Угрожающие и перинатальные боли.
3. Да
4. Срочно вызвать врача, необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение. Возможно наложение пузыря со льдом.
5. В случае госпитализации больного в стационар, на него в приемном покое оформляется следующая документация:
 1. Данные о больном заносятся в «Журнал учёта, приёма больных и отказа в госпитализации»
 2. Заполняется титульный лист истории болезни.
 3. «Алфавитный журнал» для справочной службы.

Эталон ответа

Задача 3

1. Состояние больной средней тяжести.
2. Абсцесс правой ягодичной области, гематома, инфильтрат, невралгия, масляная эмболия (закупорка сосуда маслом).
3. Наложить асептическую повязку и для уточнения диагноза госпитализировать в хирургическое отделение.
4. 5 ватных тампонов.
5. мышцы ягодиц (средняя и малая ягодичная мышцы), мышцы бедра (латеральная широкая мышца).

Эталон ответа

Задача 4

1. В приемном отделении медицинская сестра на каждого поступающего больного заполняет паспортную часть истории болезни, заносит сведения о нем в журнал приема больных и алфавитный журнал.

На младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы) непосредственно ложится ответственность за поддержание чистоты в палатах, коридорах, местах общего пользования и других помещениях, их регулярную влажную уборку.

2. Санитарки оказывают медсестрам помощь в кормлении тяжелобольных, смене у них нательного и постельного белья, подаче, уборке и мытье суден и мочеприемников, проведении санитарной обработки, сопровождают больных на различные исследования, обеспечивают доставку анализов в лабораторию. Для транспортировки больных по возможности используют труд санитаров-мужчин.
3. Под уходом следует понимать: создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома; устройство удобной постели и содержание ее в чистоте; гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отправлениях организма; выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного;
4. Младший медицинский персонал, медсестры.
5. Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический и др.

Эталон ответа

Задача 5

1. Прием больных, а так же их первичная сортировка и сан.обработка
2. Приемное отделение состоит из регистратуры, кабинета для первичного осмотра больных и ванной комнаты (желательно двух — отдельно для мужчин и женщин), комнаты для хранения чистого больничного белья и комнаты для хранения одежды больных.
3. Данная больная будет направлена в травматологическое отделение.
4. Rg в двух проекциях
5. Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности:
 - 1) регистрация больных
 - 2) врачебный осмотр
 - 3) санитарно-гигиеническая обработка.

Эталон ответа

Задача 6

1. По срочности острый аппендицит является экстренной операцией.
2. Внеочередная генеральная уборка операционного блока.
3. Предварительная, текущая, послеоперационная, заключительная, генеральная.

4. Операционные помещения (операционные залы, наркозные, аппаратные, предоперационные, палаты пробуждения); для персонала (санпропускник, комнаты хирургов, сестер, анестезиологов, старшей операционной сестры, протокольная); Хозяйственные помещения (бельевая, материальная); Производственные помещения (помещения заготовки перевязочного материала, инструментальная, автоклавная, стерилизационная, центральное стерилизационное отделение).
5. Подготовка медицинского персонала происходит в предоперационной. Предназначена для подготовки операционной бригады к операции. Здесь осуществляется мытье рук, одевание фартуков, защитных очков. В предоперационной снимаются после операции стерильная одежда, перчатки, маски.

Эталон ответа

Задача 7

1. Нельзя использовать никаких принадлежностей гнойной стороны на чистой или наоборот.
2. Данные предметы уборки необходимо утилизировать.
3. Нет, чистое и гнойное отделение должны находиться на разных этажах или в разных зданиях. Это может привести к распространению ВБИ.
4. Медицинские работники моют руки проточной водой с мылом и обрабатывают руки антисептическими растворами (хлоргексидин).
5. Два раза в сутки влажным способом. На чистой стороне используют моющие средства, а на гнойной применяют дезинфектанты. Постельные принадлежности и белье собирают в отдельные закрытые емкости или мешки на чистой стороне, и отдельные закрытые емкости на гнойной стороне.

Эталон ответа

Задача 8

1. Данный больной должен находиться в гнойном отделении.
2. В перевязочной гнойно- септического отделения.
3. Разделение потока больных на чистых и гнойных обусловлено предотвращением инфицирования чистых больных.
4. Данные больные госпитализируются в специальные изолированные палаты. Мед. Работники надевают чистые халаты, в которых нельзя выходить к другим больным. При перевязках пользуются перчатками и фартуками. Весь перевязочный материал сжигают, белье больных подлежит стерилизации в автоклаве.
5. Асептика-совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции.

Антисептика - способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного.

Эталон ответа

Задача 9

1. Данного пациента нужно госпитализировать в гнойное отделение, т.к. обнаружены гнойничковые высыпания.
2. Разделение потока больных на чистых и гнойных обусловлено предотвращением инфицирования чистых больных.
3. Мед. Персонал должен своевременно выявлять гнойных больных на чистой стороне, пользоваться предметами ухода за больными на соответствующей стороне хирургического отделения, строго соблюдать санитарно- гигиенический режим.
4. В перевязочных и приемнике кушетка, на которую лечь больной, должна быть покрыта клеенкой или одноразовой простыней. При осмотре больных в перевязочных мед. Работники должны быть в халатах, масках, шапочках, перчатках и сменной обуви. Если больной с гнойно- септическим заболеванием, то дополнительно надевают клеенчатый фартук. После осмотра или перевязки каждого больного мед. Работники моют руки проточной водой с мылом, а после осмотра больного с гнойно-септическим заболеванием, руки дополнительно обрабатываются дезинфицирующим раствором.
5. Асептика-совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции.

Антисептика- способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного.

Эталоны ответов по теме 3 «Виды хирургических отделений. Принципы организации работы, структура, оборудование. Уборка помещений»

Эталон ответа

Задача 1

1. Послеоперационных больных нельзя оставлять одних, а тем более определять в одноместную палату, обязательно кто-то должен быть рядом.
2. Дежурный врач отнёсся к своим обязанностям халатно и не сделал ночной обход, сделал ошибку определив больного в одноместную палату.
3. Недостаточное количество оборудования в отделении и дежурного персонала.
4. Как вариант можно поставить камеры наблюдения или посадить дежурного врача прямо в палату, попросить остаться родственников, установить кнопку вызова медсестры.

5. Скорее всего, такого врача отстранят от деятельности.

Эталон ответа

Задача 2

1. У больного (мужчина, 50 лет) уже был педикулёз, поэтому вскоре заболевание распространилось на других пациентов отделения
2. Медсестра приемного покоя не провела кожных покровов и волосистых частей тела больного для выявления педикулеза.
3. Нужно обработать волосистые части тела специальным шампунем, собрать всё постельное бельё в стационаре в большие полиэтиленовые мешки, завязать, подождать какое-то время, чтобы вши умерли (задохнулись). Постельное белье и одежду пациента сдать в стирку. Расчесать волосы пациентов расчёской с частыми зубчиками.
4. Виновата медсестра приемного покоя, которая отнеслась халатно к своим обязанностям.
5. Необходимо проводить осмотр всех пациентов на педикулез при поступлении в стационар. В срочном порядке изолировать от других пациентов и провести санитарную обработку отделения.

Эталон ответа

Задача 3

1. Причиной недовольства послужила неправильная организация хирургического отделения.
2. Есть риск развития госпитальной инфекции. При нахождении в одном помещении гнойных и чистых больных.
3. Должно быть 2 перевязочные, желательно в разных концах отделения (гнойная и чистая).
4. Должно быть 2 медицинских поста, на каждые 30 коек.
5. В медицинском стационаре (в хирургическом отделении) палаты должны быть рассчитаны на 4-6 коек. Стационар должен быть разделен на гнойное и чистое отделение, расположенные в разных концах коридора.

Эталон ответа

Задача 4

1. Младшая медсестра должна воспользоваться средствами из аварийной аптечки, находящейся в хирургическом отделении.
2. Она должна:
Быстро снять перчатки
Выдавить кровь из места укола, если её нет, или не останавливать кровотечение в течение 1—2 мин
Вымыть руки под проточной водой с мылом
Обработать руки кожным антисептиком

Место укола обработать 5% раствором йода, после высыхания обработать второй раз

Закрыть место укола асептической повязкой

Надеть новые перчатки

3. 70% этиловым спиртом

4. Асептика-совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции.

Антисептика-способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного.

5. К видам жидкостей, в которых ВИЧ содержится в высоких концентрациях относятся: семенная жидкость (сперма), кровь, спинномозговая жидкость, влагалищные выделения и грудное молоко. Другие биологические жидкости, такие как слюна, слезы, пот, моча, не опасны в плане передачи ВИЧ от человека к человеку, т.к. в них содержится ничтожно малое количество вируса.

Эталон ответа

Задача 5

1.Особенностью хирургического отделения является то, что оно должно быть приспособлено для тщательной многократной уборки, причем обязательно влажной и с применением антисептических средств. Ежедневно производится влажная уборка помещения утром и вечером. Стены моют и протирают влажной тряпкой один раз в три дня. Один раз в месяц очищают от пыли верхние части стен, потолки, плафоны, протирают оконные и дверные рамы.

В связи с необходимостью частой влажной уборки полы должны быть или каменными, или покрыты линолеумом, кафелем, или заливными. Стены выложены плиткой или покрашены краской. В операционной и перевязочной такие же требования предъявляются и к потолкам. Мебель обычно изготовлена из металла или пластмассы, она должна быть легкой, без сложной конфигурации поверхностей, иметь колесики для передвижения. Количество мебели следует максимально ограничить в соответствии с потребностями.

Пропускной режим

На хирургическом отделении не может быть постоянного свободного прохода посетителей. Кроме того, необходимо контролировать их внешний вид, одежду, состояние.

Проветривание

На отделениях существует график проветривания помещений, что значительно (до 30%) снижает обсемененность воздуха.

Спецодежда

Использование спецодежды на отделении обязательно.

2. Принцип зональности заключается в разделении операционного блока на 4 зоны стерильности.
3. 1) Зона абсолютной стерильности.
2) Зона относительной стерильности.
3) Зона ограниченного режима.
4) Зона общебольничного режима (нестерильная).
4. В хирургическом отделении больные делятся на «чистых» и «гнойных». С целью профилактики инфекций.
5. Разделение потоков больных, ношение масок, бактерицидные лампы, вентиляция.

Эталон ответа

Задача 6

1. Действия медицинской сестры не верны, т.к. маски обязательно необходимо использовать при выполнении манипуляций в ране.
2. Ношение масок обязательно в операционной (причем каждый раз — новой, стерильной маски), в перевязочной. При эпидемии гриппа — в палатах. В ряде случаев — в послеоперационной палате. Маски необходимо использовать при выполнении любых манипуляций в ране, связанных с нарушением покровных тканей (перевязка в палате, катетеризация сосудов и т. д.).
3. Маски используются медицинским персоналом для уменьшения выявления при дыхании капель секрета из носоглотки и ротовой полости во внешнюю среду.
4. Существует два типа масок: фильтрующие и отражающие.
5. Разделение потоков больных, бактерицидные лампы, вентиляция

Эталон ответа

Задача 7

1. Предположительный диагноз- абсцесс левой ягодичной области
2. Причинами возникновения могут быть нарушение правил асептики при постановки инъекции или попадание лекарства в подкожную клетчатку. Профилактикой является соблюдение правил асептики при постановки инъекций.
3. Первой помощью в данном случае является наложение асептической повязки.
4. Для уточнения диагноза больная должна быть госпитализирована в хирургическое отделение.
5. Мышцы ягодиц (средняя и малая ягодичная мышцы), мышцы бедра (латеральная широкая мышца).

Эталон ответа

Задача 8

1. Студенты допустили грубую ошибку, надев маски за красной линией.
2. Красная линия свидетельствует о переходе в другую зону стерильности. Студентам необходимо было надеть маски до перехода через красную линию.
3. Санитарно- гигиенический режим в операционном блоке- это соблюдение мед. Персоналом санитарно-гигиенических норм (строгое выполнение правил асептики и антисептики).
4. Медперсонал должен своевременно выявлять гнойных больных на чистой стороне, пользоваться предметами ухода за больными на соответствующей стороне хирургического отделения, строго соблюдать санитарно-гигиенический режим.
5. Медсестры и младший медперсонал всегда должны помнить, что их действия могут привести к распространению ВБИ и при работе неукоснительно выполнять изложенные требования, помогать врачам своевременно выявлять гнойных больных на чистой стороне, переводить их в гнойное отделение, пользоваться предметами ухода, носилками и др., соответствующего отделения. Широко использовать дезинфицирующие средства.

Эталон ответа

Задача 9

1. Студент переступил красную линию, что является ошибкой, т.к. красная линию свидетельствуют о переходе в другую зону стерильности.
2. Студент может заходить за данную красную линию, если на него надеты операционный халат, бахилы, маска и др. по правилам асептики и руки обработаны дезинфицирующим раствором.
3. В опер. Блоке существуют 4 зоны стерильности: стерильная, зона строгого режима, зона ограниченного режима, зона общебольничного режима.
4. Приемное отделение. Прием больных осуществляется через приемное отделение, где производится первичная сортировка больных. В зависимости от характера заболевания больные госпитализируются в отделения соответствующего профиля. Приемное отделение состоит из регистратуры, кабинета для первичного осмотра больных и ванной комнаты (желательно двух — отдельно для мужчин и женщин), комнаты для хранения чистого больничного белья и комнаты для хранения одежды больных.

В приемном отделении больные подвергаются санитарной обработке (гигиеническая ванна или душ, осмотр волос на наличие насекомых) и надевают больничную одежду (нижнее белье, халат, тапочки) .

Хирургическое отделение. Лечение хирургических больных производится в специально оборудованных и оснащенных хирургических отделениях. В небольших участковых и районных больницах, рассчитанных на 25—50 коек, может не быть хирургического отделения,

однако и в них предусматривается возможность оказания экстренной хирургической помощи и производства небольших плановых операций. В таких больницах имеются специальные помещения для стерилизационной, операционной и перевязочной.

Хирургическое отделение состоит из палат для больных, операционного блока, перевязочных и подсобных помещений (санитарный узел, ванная, столовая, буфетная, бельевые комнаты, комнаты для персонала и т. д.) . Хирургическое отделение должно быть оборудовано водопроводом (желательно с холодной и горячей водой), центральным отоплением, канализацией и приточно-вытяжной вентиляцией.

Травматологическое отделение — это хирургическое отделение, приспособленное для лечения больных с травмами. В отличие от обычного хирургического отделения в травматологическом необходимо иметь рентгенологический кабинет, гипсовую-перевязочную, аппаратную, кабинет лечебной физкультуры и механотерапии, физиотерапевтический кабинет. Если травматологическое и хирургическое отделения находятся рядом, то операционная, рентгенологический и физиотерапевтический кабинеты могут быть общими для обоих отделений.

В гипсовой-перевязочной обычно производят обезболивание места перелома, вправление вывихов, накладывание гипсовых повязок, вытяжение. В отношении асептики гипсовая-перевязочная должна отвечать тем же требованиям, что и операционная. В гипсовой-перевязочной должна находиться специальная аппаратура для вправления переломов, наложения скелетного вытяжения, гипсовых повязок, передвижной рентгеновский аппарат и т. д. Более громоздкое оборудование (щиты, подставки под ножки кровати, подголовники, приспособления для бокового вытяжения и т. д.) хранится в аппаратной.

Операционный блок. В состав операционного блока входят операционная, предоперационная, наркозная, стерилизационная и материальная комнаты. Они должны располагаться изолированно от палат. В зависимости от объема работы хирургического отделения может быть несколько операционных. Однако необходимо предусмотреть наличие чистой и гнойной операционных. При наличии только одной операционной следует помнить, что чистые операции производятся в ней в первую очередь и что после гнойной операции обязательна генеральная уборка. Уборку гнойной операционной производят не менее тщательно, чем чистой операционной. На стенах и потолке не должно быть никаких выступов, на которых могла бы скапливаться пыль. Стены и потолок окрашивают масляной краской, пол выстилают керамической плиткой. В современных операционных стены облицовывают специальной плиткой, желательно не белой, а, например, салатного цвета, так как от белого цвета устают глаза хирурга.

5. Больного доставляют к операционному блоку на носилках-каталках хирургического отделения. В тамбуре операционного блока его перекладывают на носилки-каталку операционного блока и завозят в операционную и перекладывают на кушетку.

Эталон ответа

Задача 10

1. Перевязки данному больному выполнялись в перевязочной, что является грубым нарушением
2. Перевязки данному больному следует выполнять в палате, где он находится изолированно от других больных.
3. Данные больные госпитализируются в специальные изолированные палаты. Мед. работники надевают чистые халаты, в которых нельзя выходить к другим больным. При перевязках пользуются перчатками и фартуками. Весь перевязочный материал сжигают, белье больных подлежит автоклавированию.
4. Весь перевязочный материал подлежит утилизации.
5. Медицинские работники, участвующие в операции, перед ней моются в душе и надевают операционное белье. В тамбуре операционного блока они снимают халаты, надевают маски, бахилы, а затем заходят в предоперационную. Здесь работники обрабатывают руки и надевают стерильную маску и шапочку. Затем они проходят в операционную, где надевают стерильный халат и перчатки.

Эталоны ответов по теме 4 «Приемное отделение и операционный блок: принципы работы, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Потоки больных»

Эталон ответа

Задача 1

1. Правило доврачебного осмотра (на наличие гнид, вшей, чесотки, наличие побоев, изменение на коже пациента, а также измерение АД, подсчет PS, ЧДД, антропологические измерения).
Участвует в приеме пациента, и оценивает его состояния.
Ведет необходимую документацию.
Регистрирует соответствующих поступающих в журнал.
2. Дежурный врач
3. Прием и регистрация больных.
Осмотр, первичные обследования больных и лабораторные исследования.
Оказание экстренной медицинской помощи.
Заполнение медицинской документации.
Транспортировка больных в лечебное отделение больницы.
Привозят больных на скорой медицинской машине.

4. Медицинская сестра.
5. Журнал экстренной (срочной) госпитализации.
Журнал плановой госпитализации.
Журнал отказов.
Медицинская карточка стационарного больного (медицинская сестра заполняет только титульный лист).
Статистическая карта.

Эталон ответа

Задача 2

1. Регистрация.
Осмотр.
Транспортировка в операционное отделение.
2. Подготовка операционной и участников к проведению операции.
Следить за своевременной доставкой больной в операционную.
Активно участвовать в проведении операции, обеспечивать хирурга инструментами, шовным перевязочным материалом.
Обязана знать ход операции, следить за возвращением инструментов, вести их счет.
Следить за правилом соблюдения асептики.
По окончании операции, осуществить счет инструментов, аппаратов, сдавать старшей операционной сестре и получить новый (аппараты).
3. Стол универсальный операционный.
Стационарная бестеневая лампа.
Персональная лампа-рефлектор.
Аппарат наркозный.
Электроноги.
Водоструйный насос.
Столик для инструментов переносной.
Винтовой табурет (5).
Столик для медикаментов два(2).
Подставка для биксов и биксы.
Тазы для использования материалов.
Кислород и углекислота в баллонах.
Аппарат для измерения кровяного давления.
4. Хирург.
5. Операционный зал.
Предоперационная.
Наркозная.
Материально-стерилизационная.
Инструментальные комнаты.
Кабинет хирурга.
Другие служебные помещения.

Эталон ответа

Задача 3

1. Следует провести генеральную уборку операционной и продезинфицировать воздух в операционной бактерицидными лампами в течение 2—4ч.
2. - оценку внешнего вида
 - измерение температуры тела;
 - контроль пульса;
 - контроль артериального давления;
 - контроль частоты дыхания;
 - контроль работы органов выделения
 - наблюдение за повязкой в области послеоперационной раны
 - контроль работы дренажей с отметкой в истории
 - внимание к жалобам больного
 - контроль капельных
 - контроль лабораторных показателей
3. Операционный шок; повреждение жизненно важных органов; Острая дыхательная недостаточность; развитие аритмии; острая кровопотеря; клиническая смерть; фибрилляция желудочков сердца.
4. 0,5 % раствор хлоргексидина; первомур.
5. Асептика-совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции.
Антисептика- способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного.

Эталон ответа

Задача 5

1. Основные: перевязочная, процедурная, палаты, операционная.
Вспомогательные: диагностические кабинеты, помещения хозяйственного назначения, помещения для медперсонала.
2. Основные - для лечебных манипуляций, вспомогательные предназначены для улучшения диагностики заболевания, являются рабочими местами для медперсонала.
3. Общехирургическое (туда поступают больные с разными хирургическими заболеваниями), специализированные (разделяются по профилю заболевания: торакальное, нейрохирургическое и т.д.).
4. Хирургическое отделение состоит из нескольких структурных подразделений: приемного покоя, операционно-перевязочного блока, палат, постов медсестер, процедурного кабинета, вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, помещений для мед. персонала (кабинет заведующего отделением, сестринская комната).

5. Приемное отделение предназначено для приема и обследования пациентов. Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический и др.

Эталон ответа

Задача 6

1. Санитарка поступила правильно, хирургические инструменты помещают на дезинфекцию.
2. Предстоит выполнить внеочередную генеральную уборку опер блока. Включает в себя: дезинфекцию операционной (потолок, стены, все предметы, пол), общую влажную уборку операционной, стерилизацию операционной при помощи ультрафиолетовых ламп.
3. Дезинфекция хирургического инструментария осуществляется путем погружения в 6% раствор пероксида водорода на 60 минут. Затем моют щетками с добавлением моющего средства.
4. Стерилизацию осуществляют в сухожаровом шкафу.
5. Режим стерилизации при температуре 180 0 С, стерилизуют 1 час.

Эталон ответа

Задача 7

1. Приемное отделение предназначено для приема и обследования пациентов. Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический и др.
2. Приём и регистрация больных.
Врачебный осмотр пациентов.
Оказание экстренной медицинской помощи.
Определение отделения стационара для госпитализации больных.
 - Санитарно-гигиеническая обработка больных.
 - Оформление соответствующей медицинской документации.
 - Транспортировка больных.
3. Больную необходимо отправить в хирургическое отделение.
4. Общехирургическое (туда поступают больные с разными хирургическими заболеваниями), специализированные (разделяются по профилю заболевания: торакальное, нейрохирургическое и т.д.).
5. Хирургическое отделение состоит из нескольких структурных подразделений: приемного покоя, операционно- перевязочного блока, палат, постов медсестер, процедурного кабинета, вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, помещений для мед. Персонала (кабинет заведующего отделением, сестринская комната).

Эталоны ответов по теме 5 «Личная гигиена хирургического больного»

Эталон ответа

Задача 1

1. Расчесывать гребнем с частыми зубьями, легкий массаж волосистой части головы, мыть раз в неделю, проводить регулярный осмотр на педикулез.
2. Обрабатывать ватным шариком смоченным 5% раствором борной кислоты или 2% раствором гидрокарбоната натрия, либо слабым раствором марганцовки, теплой кипяченной водой.
3. Запрокинуть голову больного, под шейно-затылочную область подкладывают клеенку и моют волосы над тазиком, установленным у головной части кровати. Смачивают волосы водой, затем раствором шампуня, смывают пену, одновременно осуществляется массаж головы. Вытереть полотенцем или высушить феном.
4. Начальная процедура- протирание стерильными ватными или марлевыми тампонами, смоченными раствором марганцовки или 2% раствором борной кислоты от уголков кнаружи 5-6 раз. Для больных с заболевшими глазами капают капли.
5. Левой рукой оттягивают нижнее веко и медленно капают одну каплю ближе к носу, затем через некоторое время вторую. Глазные мази наносят под веки стерильной стеклянной лопаточкой и, закрыв веки, аккуратно растирают по области глаза.

Эталон ответа

Задача 2

1. Лечебные успокаивающие ванны
2. Успокаивающие ванны состоят из 6 или 3 трав, время приема 10-15 минут. Травы-мята, розмарин, мелиса, шалфей, аир, подсолнух и др. Сбор трав варят в 2-3 литрах воды и раствор выливают в ванну.
3. Индифферентные (34-36С)
4. Ванну моют горячей водой, ополаскивают 2% раствором хлорамина. Ванну наполняют на 1/3 холодной водой, затем доливают горячей до нужной температуры. Помогают больному войти и принять удобное положение.
5. Противопоказания: открытые раны, кожные заболевания, кахексия, геморрагические синдромы, тяжелая форма туберкулеза, инфаркт миокарда в острой стадии, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая стадия инсульта

Эталон ответа

Задача 3

1. Омертвление покровных тканей (кожи, подкожной клетчатки), связанное с нарушением кровообращения в тканях
2.
 - 1) проводить осмотр частей тела, подверженных образованию пролежней, не менее чем один раз в день
 - 2) изменять положение тела больной через каждые 2 ч
 - 3) предупреждать трение и сдвиг тканей во время перемещения больной или при её неправильном размещении («сползание» с подушек, положение «сидя» в кровати);
 - 4) следить за чистотой постели, чтобы не было крошек, складок, сырости (чистое, сухое бельё)
 - 5) проводить обтирание водой и делать массаж подлежащих участков тела
 - 6) растирать кожу подлежащих участков антисептиками до появления гиперемии
3. Камфорным спиртом
4. Чаще всего пролежни бывают в области остистых отростков позвонков, крестца, пяток, ушных раковин, локтей, коленей, тазовых остей, большого вертела бедренной кости, выступа малой берцовой кости, седалищного бугра
5.
 - 1) Стадия ишемии
 - 2) Стадия поверхностного некроза
 - 3) Стадия гнойного расплавления.

Эталон ответа

Задача 4

- 1.Образовался застой крови, вследствие чего появились пролежни.
2. Застой крови на определенном участке.
- 3.5% перманганата калия или зеленкой, так же обрабатывается камфорным спиртом.
4. Матрасы должны быть противопролежневыми, постельное белье должно быть без складок, положение больного меняется каждые 2 часа(с одного бока на другой)
5. Пролежни- это омертвление покровных тканей (кожи, подкожной клетчатки), связанное с нарушением кровообращения в тканях.

Эталон ответа

Задача 5

1. Пациент нуждается в строгом постельном режиме.
2. В связи с тем, что больной большую часть времени проводит в постели, важно, чтобы она была удобной и опрятной, сетка- хорошо натянутой, с ровной поверхностью. Поверх сетки кладут матрас без бугров и впадин. Поверх матраса надевают наматрасник, который следует часто чистить и проветривать. Для пациентов с недержанием мочи и кала на

наматрасник кладут клеенку и пеленку по всей ширине. На наматрасник кладут чистую простыню, края которой подворачивают под матрас. Желательно, чтобы у больного было две подушки: нижняя- из пера ,а верхняя из пуха. Пациенту дают одеяло с пододеяльником, желательно байковое.

3. Пролежни- это участки ишемии (обескровливания) и некроза (омертвения) тканей, возникающие в результате длительного сдавления, сдвига или смещения их между скелетом человека и поверхностью постели.
4. Смена положения больного, использование резиновых кругов, протирание кожи камфоровым маслом.
5. В районе лопаток, крестца, бугор пяточной кости, передняя поверхность большеберцовой кости, верхняя ось подвздошной кости.

Эталон ответа

Задача 6

1. При обнаружении вшей в волосах на голове, подмышечных впадинах и на лобке рекомендуют применять следующие средства: 0,5% раствор метилцетафоса в равных количествах с уксусной кислотой, 0,15% водно-эмульсионный раствор карбофоса, 0,25 % раствор декрзила. После обработки одним из этих препаратов волосы покрывают косынкой или шапочкой на 20 мин, а затем промывают теплой водой и ополаскивают 6% раствором столового уксуса. После этого в течение 5 мин вычесывают волосы гребнем с частыми зубьями.
2. Одежда подвергается дезинфекции и стерилизации.
3. В случаях, когда ослабленный больной не может самостоятельно освобождать носовые ходы, медицинские работники должны ежедневно удалять образовавшиеся корочки. для этого запрокидывают голову больного, в носовые ходы вводят ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле или глицерине, и через 2-3 мин вращательных движений удаляют корочки.
4. При появлении в уголках глаз гнойных выделений медицинские работники должны промывать их слабым раствором калия перманганата, борной кислоты, раствором фурацилина (1:1000). Для этого вторым пальцем следует опустить нижнее веко и слабой струей влить в конъюнктивальный мешок полную пипетку антисептического раствора комнатной температуры.
5. При длительном пребывании в стационаре мужчин следует стричь коротко и мыть голову через каждые 7-10 суток. Женщинам с длинными волосами нужно ежедневно расчесывать их частым гребнем, собственным для каждой больной. Волосы на голове моют один раз в 5 (жирные) или 10 (сухие) дней мылом или шампунем.

Эталон ответа

Задача 7

1. Следует проводить профилактику появления пролежней.
2. Смена положения больного, использование резиновых кругов, протирание кожи камфоровым маслом.
3. Пролежни - это участки ишемии (обескровливания) и некроза (омертвения) тканей, возникающие в результате длительного сдавления, сдвига или смещения их между скелетом человека и поверхностью постели.
4. В районе лопаток, крестца, бугор пяточной кости, передняя поверхность большеберцовой кости, верхняя ось подвздошной кости.
5. Сменить постельное белье тяжелобольному можно двумя способами. Лучше это сделать вдвоем.

Первый способ применяется в том случае, **если пациент может повернуться в постели:**

- Скатайте чистую простыню по длине до половины;
- Поднимите голову пациента и уберите подушку;
- Смените наволочку на подушке;
- Переместите пациента к краю кровати, повернув его набок лицо к себе (желательно, чтобы помощник придерживал пациента);
- Скатайте грязную простыню по всей длине по направлению к больному;
- Расстелите чистую простыню на освободившейся части постели;
- Поверните пациента на спину, затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне;
- Уберите грязную простыню и расправьте чистую, подверните края простыни под матрац;
- Поднимите голову и плечи пациента и положите подушку.

Второй способ смены постельного белья применяется **при полной неподвижности пациента:**

- Скатайте чистую простыню в поперечном направлении
- Приподнимите осторожно верхнюю часть туловища пациента, уберите подушку (желательно, чтобы помощник придерживал пациента)
- Скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы пациента, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню
- Положите подушку на чистую простыню и опустите на нее голову пациента
- Попросите пациента согнуть ноги в коленях, опереться стопами о кровать и приподнять таз (если пациенту сделать это трудно, помощник подложит левую руку под крестец пациента и поможет ему приподнять таз)
- Сдвиньте грязную простыню, продолжая следом расправлять чистую
- Попросите пациента опустить таз

- Приподнимите и придержите ноги пациента в области голени, продолжая сдвигать грязную простыню и расправлять чистую
- Опустите ноги пациента
- Заправьте края простыни под матрац.

Эталоны ответов по теме 6 «Общая подготовка больного к операции»

Эталон ответа

Задача 1

1. Возможно, медсестра либо не попала в вену, либо наоборот проколола её и ввела препарат.
2. Выполнение внутривенной инъекции: Положение больного: лежа или сидя, рука разогнута в локтевом суставе. Под сустав подкладывают клеенку и валик. На плечо накладывают «венозный» жгут таким образом, чтобы свободные концы были направлены вверх, петля - вниз, пульс на лучевой артерии при этом не должен изменяться. Больному предлагают сделать несколько сжимающих движений кистью (можно также применять похлопывание в области места пункции, опускание руки вниз, использование местной гипертермии) и зажать ее в кулак. Массажными движениями от кисти к плечу дополнительно нагнетают кровь в вену. При слабых или не контурированных венах можно наложить дополнительный жгут на предплечье около локтевого сустава, на плечо - манжетку тонометра, которую раздувают воздухом, выдавливая кровь из мышц плеча в вены локтевой ямки. Проводят обработку места инъекции двумя ватными шариками со спиртом. Одной рукой (у правшей - левой) фиксируют кожу в области пункции, натянув левой рукой кожу в области локтевого сгиба. Пункцию производят или свободной иглой, или присоединенной к шприцу по направлению тока крови. Иглу вводят на 1/3 длины параллельно вене срезом вверх. Осторожно меняют направление иглы, пунктируя вену. Проникновение в вену определяется поступлением крови в иглу или шприц, после чего иглу продвигают вглубь на 1-2 мм, снимают жгут и просят больного разжать кисть. Подсоединяют шприц и производят инъекцию. Препараты вводят медленно (за исключением тех ситуаций, когда показано струйное введение растворов), наблюдая за состоянием больного. После удаления иглы, место вкола иглы обрабатывают антисептиком, накладывают шарик со спиртом, который больной самостоятельно удерживает в течение 5-7 минут, сгибая локоть, или его укрепляют давящей повязкой. Через 5-7 минут ватный шарик у пациента забирают, сбрасывают его в дезинфицирующий раствор, снимают перчатки и также сбрасывают их в дезинфицирующий раствор, моют руки.
3. Соблюдение правил постановки внутривенных инъекций.

4. Для внутривенных инъекций чаще используют расположенную поверхностно, малоподвижную локтевую вену; реже — лучевую и локтевую подкожные вены, а также вены тыльной поверхности кисти.
5. В зависимости от того, насколько четко вена просматривается под кожей и пальпируется, выделяют три типа вен:
 - 1-й тип - хорошо контурированная вена (хорошо просматривается, выступает над кожей, объемна), что встречается наиболее часто.
 - 2-й тип - слабо контурированная вена (хорошо просматривается, но не выступает над кожей), наблюдается примерно в 1/3 случаев.
 - 3-й тип - не контурированная вена (не просматривается, пальпируется в глубине подкожной клетчатки, или вообще не просматривается).

Эталон ответа

Задача 2

1. Были пропущены: постановка клизмы и подготовка операционного поля.
2. После операции в месте раны могут образоваться нагноения т.к. операционное поле не было подготовлено, также если операцию делали в брюшной полости, то в месте разреза кишечника тоже может образоваться нагноение из-за излишних образований в кишечнике перед операцией.
3. Накануне операции больному назначается очистительная клизма. Целью опорожнения кишечника является профилактика непроизвольной дефекации на операционном столе. Кроме того, после ряда оперативных вмешательств развивается послеоперационный парез кишечника, и наличие большого количества содержимого будет способствовать его усугублению.
4. Подготовка операционного поля является одним из важных элементов профилактики контактной инфекции. Перед плановой операцией осуществляется полная санитарно-гигиеническая обработка больного. Утром в день операции медицинская сестра сухим способом сбривает волосную покров в области операционного доступа, так как наличие волос затрудняет обработку кожи антисептиками и может послужить одним из факторов развития инфекционных осложнений. Бритье области операционного поля производится только в день операции, но не ранее. Это связано с тем, что при бритье возникают незначительные повреждения кожи (ссадины), которые могут инфицироваться.
5. Премедикация
Основные задачи премедикации: снижение эмоционального возбуждения; снижение реакций на внешние раздражители и нейровегетативная стабилизация; создание оптимальных условий для

действия анестетиков; профилактика аллергических реакций на лекарственные средства, используемые для наркоза; снижение секреции желез. Для проведения премедикации используют снотворные средства, транквилизаторы, нейролептики, антигистаминные средства, наркотические анальгетики, холинолитические препараты.

Эталон ответа

Задача 3

1. Проверка больного на педикулёз и кожных покровов.
2. Нарушение санитарно-эпидемиологических норм.
3. Оформление медицинской карты на каждого госпитализируемого больного (заполнение титульного листа, указание точного времени поступления пациента, диагноз направившего лечебного учреждения); осмотр кожных покровов и волосистых частей тела для выявления педикулеза (вшивости), измерение температуры тела; выполнение назначений врача.
4. Осмотр больного, определение срочности выполнения хирургического вмешательства, необходимого объема дополнительных исследований; заполнение истории болезни, постановка предварительного диагноза; определение необходимости выполнения санитарно-гигиенической обработки; госпитализация в профильное отделение с обязательным указанием вида транспортировки; при отсутствии показаний к госпитализации оказание необходимого минимума амбулаторной медицинской помощи.
5. Снимают всю одежду, складывают в отдельный пакет и затем вещи вместе с пакетом сжигаются.

Эталон ответа

Задача 4

1. После премедикации больного в операционную необходимо доставлять лёжа на каталке.
2. Под действием лекарственных препаратов у него может быть нарушена координация движений и больной, потеряв равновесие может травмироваться.
3. Полная санитарная обработка.
4. Частичная санитарная обработка.
5. Это система мероприятий, направленных на профилактику интра- и послеоперационных осложнений.

Эталон ответа

Задача 5

1. 1) Минимум лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, группа крови и резус-фактор).

- 2) Частичную санитарную обработку (обтирание загрязнённых участков тела).
- 3) Больному снимают зубные протезы, кольца, часы.
- 4) Снимают весь макияж и лак с ногтей. Макияж не позволяет оценить истинный цвет кожи, что может затруднить оценку газообмена.
- 5) Откачивание содержимого желудка (если больной недавно принимал пищу и операция будет проводиться под наркозом).
- 6) Бритьё операционного поля.
- 7) Премедикацию.
- 8) Транспортировку больного в операционную на каталке.
2. 1) Надевают бахилы.
- 2) Из бикса достают стерильную шапочку и надевают, затем достают стерильную маску и надевают её, завязывая поверх шапочки завязки, затем достают стерильную салфетку.
- 3) Стерильной салфеткой моют под краном руки с мылом и обрабатывают антисептиком
3. Операционная медсестра
4. 1) Предварительная уборка проводится перед началом рабочего дня;
- 2) Текущая уборка проводится во время операции;
- 3) Уборка операционной после каждой операции;
- 4) Заключительная уборка проводится в конце рабочего дня;
- 5) Генеральная уборка проводится один раз в неделю.
5. Вынос всех отработанных материалов, обработка операционного стола, смена белья на операционном столе, при необходимости — мытьё полов, горизонтальных поверхностей, подготовка инструментов для следующих операций.

Эталон ответа

Задача 6

1. Гигиенический душ, подготовка операционного поля к операции.
2. Гигиеническая подготовка больных к плановым операциям проводится в течение всего предоперационного периода. Накануне операции пациент принимает душ или ванну, для этого ванну обрабатывают 3% раствором хлорамина. Больным с постельным режимом обтирают тело влажным полотенцем, а затем растирают кожу сухим полотенцем. Кожные складки обрабатывают 0,5% раствором хлорамина или хлоргексидина. Непосредственно перед операцией сам больной или медсестра осуществляют сухое бритьё операционного поля с последующей обработкой 0,5% водным раствором хлорамина.
3. Гигиеническая подготовка больных с экстренными операциями обусловлена тем, что такие операции выполняют по жизненным показаниям. В этих случаях предоперационная подготовка сокращается до минимума: 0,5% раствором хлорамина обрабатывают наиболее загрязнённые места (ноги, промежность) и зону предстоящего операционного поля. Если больной

поступил с ранением, то обмывают участки кожных покровов, загрязнённые кровью.

4. Подготовку операционного поля осуществляют утром, непосредственно перед операцией.
5. Больного доставляют к операционному блоку на носилках-каталках хирургического отделения. В тамбуре операционного блока его перекладывают на носилки-каталку операционного блока и завозят в операционную и перекладывают на кушетку.

Эталон ответа

Задача 7

1. Гигиеническая подготовка больных с экстренным операциям обусловлена тем, что такие операции выполняют по жизненным показаниям. В этих случаях предоперационная подготовка сокращается до минимума: 0,5% раствором хлорамина обрабатывают наиболее загрязненные места (ноги, промежность) и зону предстоящего операционного поля.

2. Гигиеническая подготовка больных к плановым операциям проводится в течение всего предоперационного периода. Накануне операции пациент принимает душ или ванну, для этого ванну обрабатывают 3% раствором хлорамина. Больным с постельным режимом обтирают тело влажным полотенцем, а затем растирают кожу сухим полотенцем. Кожные складки обрабатывают 0,5% раствором хлорамина или хлоргексидина. Непосредственно перед операцией сам больной или медсестра осуществляют сухое бритье операционного поля с последующей обработкой 0,5% водным раствором хлорамина.

3. Больного доставляют к операционному блоку на носилках-каталках хирургического отделения. В тамбуре операционного блока его перекладывают на носилки-каталку операционного блока и завозят в операционную и перекладывают на кушетку.

4. Подготовку операционного поля осуществляют утром, непосредственно перед операцией.

5. Хирургическая операция-это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

Эталон ответа

Задача 8

1. У тучных женщин дерматиты чаще всего возникают в кожных складках на животе, области промежности, под молочными железами.
2. Необходимо ежедневно промывать эти участки кожи слабыми дезинфицирующими растворами (0,05 раствора хлорамина), либо смазывать вазелином.

3. Женщинам ежедневно на ночь и утром проводят гигиенические подмывания. Медсестра подкладывает под таз больной клеенку, поверх которой между бедер ставится медицинское судно. Одной рукой она поливает слабый раствор марганцовки из кувшина или кружки Эсмарха на область наружных половых органов, а другой берет корнцанг с ватным тампоном и обмывает наружные половые органы, а затем вытирает другим тампоном насухо.
4. Спринцевание- промывание влагалища с лечебной целью водой или водными растворами лекарственных веществ.
5. Подготовка операционного поля производится утром непосредственно перед операцией.

Эталон ответов по теме 7 «Подготовка больных к операциям на органах брюшной полости»

Эталон ответа

Задача 1

1. Нет, санобработка проводится в полном объеме только у тех больных, у которых позволяет общее состояние. У больной К. она выполняется только частично.
2. Да, так как больная недавно принимала пищу, если не опорожнить желудок от содержимого, то во время дачи наркоза может возникнуть рвота и рвотные массы могут попасть в дыхательные пути.
3. Нет, категорически запрещается.
4. Первые 10 дней постельный режим, отдых, сон, так же необходимо выполнять дыхательную и лечебную гимнастику, полноценное питание, все это предупреждает развитие осложнений и ускоряет процессы регенерации.
5. Неправильное питание, употребление алкоголя, эмоциональное и физическое перенапряжение.

Эталон ответа

Задача 2

1. От размера грыжи, от наличия или отсутствия осложнений, от сопутствующих заболеваний.
2. В специальной подготовке такая больная нуждаться не будет, вечером накануне операции необходимо сделать очистительную клизму, утром запрещен прием пищи и воды.
3. Необходимо достичь адаптации больного к перемещению значительного объема кишечника из грыжевого мешка в брюшную полость, чтобы добиться постепенного привыкания больного к увеличению внутрибрюшного давления. Больной находится в горизонтальном положении, грыжа вправляется в брюшную полость, затем производят бинтование живота матерчатой лентой, ориентируясь на состоянии дыхания больного и его самочувствие. Брюшная стенка должна быть забинтована так, чтобы при переходе больного в

вертикальное положение, содержимое брюшной полости не выходило наружу. На ночь бинт снимается, утром живот вновь фиксируется матерчатой лентой. На такую подготовку требуется 15-20 дней, и ее больной начинает делать задолго до операции в домашних условиях.

4. В течение 2 недель соблюдают диету, исключая из дневного рациона хлеб, картофель, жиры, каши. Разрешаются: кефир, простокваша, кисели, нежирные мясные бульоны, протертые супы, чай.
5. Необходима экстренная операция. Объем и продолжительность предоперационной подготовки будет определяться состоянием больного, временем от момента ущемления. Когда с момента ущемления прошло 10 часов, у больного на лицо острая кишечная непроходимость, наряду с непродолжительной медикаментозной терапией, необходимо введение зонда в желудок и эвакуация его содержимого.

Эталон ответа

Задача 3

1. Нет, особой подготовки не требуется. Это достигается полным голоданием в день операции, очистительными клизмами накануне вечером и утром.
2. Будет использован зонд.
3. Необходимо введение желудочного зонда в желудок, эвакуация содержимого, промывание желудка до чистых промывных вод.
4. Зонд, проведенный через носовой ход, оставляют для постоянного дренирования.
5. Нет, категорически запрещается.

Эталон ответа

Задача 4

1. Тщательная очистка ободочной кишки от содержимого и подавление болезнетворных организмов, находящихся в ее просвете.
2. Диета перед операцией для каждого больного должна быть индивидуальной в зависимости от характера заболевания ободочной кишки, ожирения или истощения, имеющих осложнения. Пища должна содержать не менее 2500 калорий: отварное мясо, яйца, творог, нежирный протертый суп, соки. Исключаются продукты, которые содержат большое количество клетчатки. Накануне операции в завтрак и обед дают яйца, бульон, мясное суфле, сладкий чай, в ужин больной голодает.
3. 1) Положение на спине (наиболее часто). С целью профилактики аспирации рвотными массами, гипоксии мозга в течение первых 2 часов больной лежит на кровати без подушки. 2) Положение Фаулера (полусидячее) – применяется в основном после операций на органах желудочно-кишечного тракта. Данное положение выгодно при

необходимости качественного дренирования брюшной полости, так как жидкость скапливается в нижних отделах брюшной полости и легко может быть выведена через дренажи.

4. Очистительные клизмы делают утром и вечером в течение 4-5 дней. Последняя очистительная клизма делается рано утром, затем в прямую кишку на 6-8 см вводится широкая резиновая трубка, для удаления остатков жидкости из кишки.
5. Пользуются методом, предложенным С.И. Удлером. За 20 – 30 минут до осмотра делают клизму из 100 – 150 мл (при запоре 500 мл) воды, подогретой до 37 градусов. Затем 3 раза больной посещает туалет (последний раз перед осмотром).

Эталон ответа

Задача 5

1. Экстренная операция. Необходимо промыть желудок с помощью желудочного зонда. Очистительные клизмы с целью опорожнения кишечника не выполняются (при острых заболеваниях органов брюшной полости клизмы противопоказаны, так как повышение внутрикишечного давления может привести к разрыву стенки кишки). Полная санитарно-гигиеническая обработка больного не проводится.
2. Экстренные операции выполняются сразу после постановки диагноза или не позднее 2 часов с момента поступления больного в стационар.
3. Если больной находится в бессознательном состоянии, то можно промыть желудок с помощью тонкого зонда, введенного в желудок через нижний носовой ход. Предварительно на зонде делают еще 2-3 дополнительных отверстия. Больного кладут с наклоном туловища вниз, голову поворачивают набок. Тампоном удаляют изо рта и полости носа слизь и рвотные массы, вводят зонд. Эвакуируют шприцем содержимое и убеждаются, что зонд находится в желудке. Далее по зонду шприцем вводят в желудок воду и шприцем же эвакуируют ее обратно.
4. Если промывание желудка проводилось по поводу отравления, то в конце проведения процедуры через зонд вводят солевое слабительное (например, 60 мл, раствора сульфата магния).
 - 1) Обработка широкой области, а не только зоны в проекции предстоящего разреза (для обеспечения дополнительной стерилизации, в том числе в случаях, когда во время операции требуется внеплановое расширение операционного доступа)
 - 2) Обработка операционного поля проводят по принципу: «от центра к периферии».
 - 3) Более загрязненные участки обрабатывают в последнюю очередь.
 - 4) Соблюдение правила Филончикава – Гроссига – многократность обработки кожных покровов: обработка кожи

перед ограничением операционного поля стерильным бельем; обработка непосредственно перед разрезом; по показаниям – обработка по ходу операции; обработка до и после наложения кожных швов.

5. Положение на спине (наиболее часто). С целью профилактики аспирации рвотными массами, гипоксии мозга в течение первых 2 часов больной лежит на кровати без подушки. 2) Положение Фаулера (полусидячее) – применяется в основном после операций на органах желудочно-кишечного тракта. Данное положение выгодно при необходимости качественного дренирования брюшной полости, так как жидкость скапливается в нижних отделах брюшной полости и легко может быть выведена через дренажи.

Эталон ответа

Задача 6

1. У больного желудочное кровотечение
 2. - Немедленно информировать об этом врача.
- Уложить больного в постель (при снижении АД приподнять ножной конец кровати), голову повернуть на бок во избежание аспирации дыхательных путей.
 - Категорически запретить прием пищи и жидкости.
 - На эпигастральную область положить пузырь со льдом.
 - Необходимо наблюдать за общим состоянием больного: сознанием, цветом кожных покровов, контролировать пульс и АД каждые 30 мин. По назначению врача парентерально вводить кровоостанавливающие препараты.
3. Кровотечения из желудка приходится дифференцировать от кровотечений из дыхательных путей.
 4. Кровотечение- истечение крови из просвета сосуда вследствие его повреждения или нарушения проницаемости его стенки.
 5. Артериальное, венозное, капиллярное.

Эталон ответа

Задача 7

1. Перед плановой операцией необходимо осуществить полную санитарную обработку. Для этого вечером накануне операции больной должен принять душ или вымыться в ванне, надеть чистое белье; кроме этого осуществляется смена постельного белья. Утром в день операции медицинская сестра сухим способом сбривает волосяной покров в зоне предстоящей операции. Это необходимо, так как наличие волос значительно затрудняет обработку кожи антисептиками и может способствовать развитию инфекционных послеоперационных осложнений. Брить следует обязательно в день операции, а не раньше. Это связано с возможностью развития инфекции в области образующихся при бритье незначительных повреждений кожи (ссадины, царапины).

2. Накануне операции принимать пищу категорически запрещено.
3. Если пациент утверждает, что последний раз он ел 6 и более часов назад, то при отсутствии некоторых заболеваний (острая кишечная непроходимость, перитонит и пр.), пищи в желудке не будет. Каких-либо специальных мер предпринимать не нужно. Если же пациент принимал пищу позднее, то перед операцией необходимо промыть желудок с помощью толстого желудочного зонда.
4. Перед плановой операцией больным нужно сделать очистительную клизму. Делается это для того, чтобы при расслаблении мускулатуры на операционном столе не наступила бы непроизвольная дефекация. Кроме того, после операции функция кишечника часто нарушается, особенно, если это вмешательство на органах брюшной полости (развивается парез кишечника), и наличие содержимого в толстой кишке только усугубляет этот процесс.
5. Постановка клизмы осуществляется в положении лежа на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами.

Желательно приготовить тазик и клеенку (полотенце), на случай, если Вы не сможете удержать воду. В кружку Эсмарха наливается 1—1,5 л теплой (комнатной температуры 37-38°С) воды, после чего она поднимается вверх на высоту 1-1,5 метра. Клизму в поднятом состоянии может удерживать кто-либо из родных, либо, если Вы делаете процедуру без помощников, можно ее подвесить (для этого, как правило, в клизме есть специальное отверстие).

После этого наконечник опускается вниз в тазик, открывается кран (если крана нет, его можно заменить прищепкой), выпускается воздух и небольшое количество воды, после чего кран закрывается. Наконечник смазывается вазелином и, раздвинув ягодицы, вводится в заднепроходное отверстие легкими вращательными движениями. Первые 3—4 см наконечник вводят по направлению к пупку, затем еще на 5—8 см параллельно копчику. Если встречаются препятствия и трубка упирается в кишечную стенку или в твердый кал, трубку извлекают на 1—2 см и открывают кран. Вода под давлением поступает в толстый кишечник. Почти сразу появляется ощущение «наполнения» кишечника, позывы на стул. В эти моменты уменьшают скорость подачи жидкости из кружки закрытием крана на трубке или ее пережатием. Уменьшить неприятные ощущения помогают круговые мягкие поглаживания живота. После извлечения наконечника желательно немного полежать в этом же положении, а затем можно идти в туалет. При грамотно проведенной подготовке вода должна выходить без примеси каловых масс.

Эталон ответа

Задача 8

1. Предположительный диагноз- острый аппендицит или перитонит
2. больному необходима экстренная операция.
3. В предоперационную подготовку входит:
 - термометрия, измерение АД, пульса;
 - общий анализ крови, мочи;
 - определение группы крови и резус-фактора;
 - частичная санитарная обработка передней брюшной стенки;
 - сухое бритье надлобковой области;
 - короткая премедикация.
4. Перед экстренными операциями делать клизмы не нужно – на это нет времени, да и процедура эта тяжела для больных, находящихся в критическом состоянии. Выполнять же клизмы при экстренных операциях по поводу острых заболеваний органов брюшной полости противопоказано, так как повышение давления внутри кишки может привести к разрыву ее стенки, механическая прочность которой может быть снижена вследствие воспалительного процесса в животе.
5. Постановка клизмы осуществляется в положении лежа на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами.

Желательно приготовить тазик и клеенку (полотенце), на случай, если Вы не сможете удержать воду. В кружку Эсмарха наливается 1—1,5 л теплой (комнатной температуры 37-38° С) воды, после чего она поднимается вверх на высоту 1-1,5 метра. Клизму в поднятом состоянии может удерживать кто-либо из родных, либо, если Вы делаете процедуру без помощников, можно ее подвесить (для этого, как правило, в клизме есть специальное отверстие).

После этого наконечник опускается вниз в тазик, открывается кран (если крана нет, его можно заменить прищепкой), выпускается воздух и небольшое количество воды, после чего кран закрывается. Наконечник смазывается вазелином и, раздвинув ягодицы вводится в заднепроходное отверстие легкими вращательными движениями. Первые 3—4 см наконечник вводят по направлению к пупку, затем еще на 5— 8 см параллельно копчику. Если встречаются препятствия и трубка упирается в кишечную стенку или в твердый кал, трубку извлекают на 1—2 см и открывают кран. Вода под давлением поступает в толстый кишечник. Почти сразу появляется ощущение “наполнения” кишечника, позывы на стул. В эти моменты уменьшают скорость подачи жидкости из кружки закрытием крана на трубке или ее пережатием.

Уменьшить неприятные ощущения помогают круговые мягкие поглаживания живота. После извлечения наконечника желательно немного полежать в этом же положении, а затем можно идти в туалет. При грамотно проведенной подготовке вода должна выходить без примеси каловых масс.

Эталон ответа

Задача 9

1. Медсестра должна сделать больному промывание желудка.
2. Для промывания желудка используются толстый желудочный зонд, шприц Жане, стеклянная воронка. Их «перед употреблением» стерилизуют в центральной стерилизационной путем обработки в автоклаве под давлением в 1,1 атмосферу в течение 45 минут, либо подвергают кипячению в дистиллированной воде 45 минут. Введение желудочного зонда в желудок может производиться в положении больного сидя или лежа. Предварительно конец зонда смачивают стерильным вазелиновым маслом. Конец зонда укладывают на корень языка больного. Предлагая делать глотательные движения, постепенно вводят зонд глубже. Если у больного возникают позывы на рвоту, временно прекращают введение зонда, рекомендуя больному редко и глубоко дышать, затем продолжают введение зонда. При попадании зонда в желудок по зонду начинает изливаться желудочное содержимое. Промывание желудка производят у больных с нарушением эвакуации желудка (рубцово-язвенная деформация, рак выходного отдела желудка, острое расширение желудка). После введения зонда в желудок по нему начинает выходить, содержимое, на зонд надевают воронку, заливают 250 мл воды температуры 22°C, постепенно поднимают воронку на 25 см выше уровня рта, вода уходит в желудок. Следует держать воронку в несколько наклоненном положении, чтобы не возник водоворот в центре воронки и не попал воздух в желудок. Затем воронку опускают, она постепенно заполняется промывной жидкостью с примесью желудочного содержимого, которое сливают в ведро. Вновь заливают в воронку воду и продолжают процедуру несколько раз до чистых промывных вод. С целью ликвидации процессов брожения и гниения в желудке в последнюю порцию воды добавляют 2 чайные ложки соляной кислоты на литр воды. Соляная кислота губительно действует на микробы, находящиеся в желудке. Промывание желудка можно производить 1–2 раза в сутки, его всегда нужно производить осторожно, не форсируя, чтобы не вызвать осложнений. Опорожнение желудка избавляет больного от чувства тяжести, распирающего в верхней части живота, способствует восстановлению мышечного тонуса желудочной стенки, улучшает ее кровообращение.
3. Для того, чтобы сделать очистительную клизму, нужна кружка Эсмарха – резиновый мешок с отходящей от него резиновой трубкой длиной 150 см,

имеющей кран для регулировки поступления жидкости и пластмассовые наконечники. Вода для очистительной клизмы должна быть комнатной температуры (22°C). Для усиления эффекта к клизменной воде можно добавить 1/2 чайной ложки растертого в порошок детского или хозяйственного мыла, 1–2 столовые ложки поваренной соли, 2–3 столовые ложки глицерина и т. д. Перед постановкой очистительной клизмы под больного кладут клеенку, укладывают налевый бок, ноги приводят к животу. В кружку Эсмарка заливают 1–1,5 литра воды, в трубку вставляют пластмассовый стерильный наконечник, кружку поднимают кверху, открывают кран, чтобы выпустить с небольшим количеством жидкости воздух, находящийся в трубке, затем закрывают кран. Наконечник смазывают стерильным вазелиновым маслом и осторожно вводят в прямую кишку на глубину 8 см. Кружку Эсмарка поднимают кверху, открывают кран, вода начинает поступать в ободочную кишку. Следят за тем, чтобы воздух не попал в просвет кишки, вовремя закрывают кран, вращательными движениями удаляют наконечник. Хорошо, если больной удержит воду в течение 10 минут. Если эффекта от клизмы нет, то ее можно повторить через 2 часа.

4. Особой подготовки не требуют те больные, у которых эвакуация содержимого из желудка не нарушена. Обычно это достигается полным голоданием в день операции, очистительными клизмами накануне вечером и рано утром. Если эвакуация содержимого из желудка нарушена (сужение выходного отдела желудка, механическая тонкокишечная непроходимость), то необходимо введение желудочного зонда в желудок, эвакуация содержимого, промывание желудка до чистых промывных вод. При большом скоплении содержимого в желудке, которое постоянно поступает из кишечника в желудок у больных с кишечной непроходимостью, зонд, проведенный через носовой ход, оставляют для постоянного дренирования. У больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной зонд вводится для удаления содержимого из желудка, категорически запрещается промывание желудка.
5. Хирургическая операция-это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

Эталон ответа

Задача 10

1. Медсестра должна выполнить подготовку операционного поля.
2. При неотложных острых заболеваниях и травмах, требующих экстренной операции, время, отводимое на подготовку, резко

ограничено по сравнению с плановой операцией, и не всегда можно оптимально подготовить все системы организма к операции. У больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии (ранение сердца, печени, селезенки, крупных сосудов), подготовка к операции не производится, больной сразу доставляется в операционную, где одновременно, проводится реанимация и операция. Санобработка производится в полном объеме только у тех больных, у которых позволяет общее состояние (острый аппендицит, острый холецистит), у другой группы больных она выполняется только частично (прободная язва желудка, воспаление брюшины, бессознательное состояние больного и др.). Подготовка желудочно-кишечного тракта не может быть выполнена в том объеме, что перед плановой операцией, из-за недостатка времени. Полость рта, если больной может, прополаскивается водой или ее протирают. Если у больного наблюдается рвота или совсем недавно он принимал пищу, возникает необходимость введения зонда в желудок и эвакуации его содержимого. У некоторых больных зонд остается в желудке и больной с ним транспортируется в операционную. Если не опорожнить желудок от содержимого, то во время дачи наркоза может возникнуть рвота и рвотные массы могут попасть в дыхательные пути, что нередко приводит к смерти больного. Клизмы при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, как правило, не делаются. Исключением является острая кишечная непроходимость, где наряду с консервативными мероприятиями, сифонная клизма может разрешить острую кишечную непроходимость. Если же она не дает эффекта, это лишний раз убеждает хирурга в необходимости экстренной операции. Вопрос о том, делать ли сифонную клизму, решается врачом. Подготовка операционного поля производится также как и для плановых операций. Экстренные операции выполняются в любое время суток, при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний у больных, при повышенной температуре, тела, при наличии гнойничков на теле, во время месячных, при почти доношенной беременности. Экстренная операция может быть отложена на 2–3 часа для того, чтобы провести у больного оптимальную предоперационную подготовку. Более длительная задержка с операцией угрожает жизни больного.

3. Большое значение придают подготовке кожных покровов к операции, так как в порах, складках кожи, в протоках потовых и сальных желез накапливаются болезнетворные микроорганизмы. Попадание их в рану может вызвать в послеоперационном периоде нагноение раны. В загрязненной коже могут возникать различные воспалительные процессы. Вот почему важно накануне операции сменить белье и помыть больного. Перед операцией больной принимает ванну или душ. Душ более эффективен и переносится больными легче, чем ванна. Если больному трудно стоять, его усаживают на скамейку и моют в

положении сидя. Голову моют с мылом, обязательно два раза, тело моют мочалкой с мылом, затем обмывают теплой водой, протирают полотенцем. Надевают чистое белье. Тщательно осматриваются все участки кожи, если обнаружены гнойнички, воспаление отдельных участков кожи, плановая операция должна быть отложена до ликвидации этих явлений. В зоне операционного поля (участок кожи, где будет произведен разрез во время операции) утром, в день операции младшая медсестра должна сбрить волосы. Возникает вопрос, а на каком участке кожи нужно сбривать волосы? Границы бритья должны быть значительно большими, чем участок операционного поля. Если операция предстоит на голове, бреют всю голову, если – на животе, то сбривают волосы со всей брюшной стенки включая лобок. Бритье операционного поля производится утром в день операции, так как могут быть ссадины, царапины, которые приводят к воспалению участка кожи, что вызывает необходимость отмены плановой операции. Для бритья волос, как правило, используют «безопасную» бритву, которую дезинфицируют погружением в тройной раствор на 45 минут. Техника бритья: если волосы густые, то их перед бритьем намыливают, при бритье кожу немного потягивают в противоположном ходу бритвы направлении. После бритья операционное поле обмывают теплой водой и протирают спиртовым раствором хлоргексидина или спиртом. Волосы в зоне операционного поля у больных, которым предстоит плановая операция, могут быть удалены более безопасным методом – применением эпилирующих кремов, паст. Через некоторое время после операции волосы вырастают вновь. Весьма сложно подготовить операционное поле в зоне кишечного свища. Постоянное выделение кишечного содержимого, которое не только постоянно мацерирует кожу, и обладает переваривающим действием, приводит к воспалению кожи в области свища. Необходимо перед операцией ликвидировать мацерацию кожи и ее воспаление. Это достигается назначением постельного режима, применением гигиенических ванн, частых перевязок с применением прокаленного гипса, различных повязок с антисептическими растворами, рациональным применением калоприемников, obturаторов, диетой и др. При обширных ранах, открытых переломах, вывихах, ожогах, сдавлениях кисти обработка начинается с ногтей, их подстригают, вычищают подногтевые пространства, снимают кольца. Руку намыливают обычным мылом от ногтевых фаланг до локтя, затем прокипяченной щеткой медленно протирается вся рука, нередко щетку меняют несколько раз, пока не смоется вся грязь. Ополаскивают руку проточной или кипяченой водой, вытирают стерильным полотенцем. Кожа руки тщательно протирается 0,25–0,8% раствором нашатыря или спиртовым раствором хлоргексидина. На подготовленную кисть надевают стерильную перчатку или завертывают ее стерильным

полотенцем. Плохая обработка кожи, как правило, способствует нагноению операционной раны. Аналогичным образом может готовиться к операции и кожа стопы.

4. Это чаще всего предоперационная подготовка больных с наружными грыжами переднебоковой брюшной стенки. Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки зависит у них от нескольких факторов: величины и размера грыжи, наличия или отсутствия ее осложнений, возраста больного, от сопутствующих заболеваний. Больные зрелого возраста с не осложненными грыжами при отсутствии сопутствующих заболеваний обычно в специальной подготовке не нуждаются: вечерам накануне операций им делают очистительную клизму, утром больному запрещается прием пищи, воды. Большое значение имеет предоперационная подготовка у больных с гигантскими грыжами. Цель такой подготовки состоит в том, чтобы достичь адаптации больного к перемещению значительного объема кишечника из грыжевого мешка в брюшную полость, чтобы добиться постепенного привыкания больного к увеличению внутрибрюшного давления. Больной находится в горизонтальном положении, грыжа вправляется в брюшную полость, затем производят бинтование живота матерчатой лентой, ориентируясь на состояние дыхания больного и его самочувствие. Брюшная стенка должна быть забинтована так, чтобы при переходе больного в вертикальное положение, содержимое брюшной полости не выходило наружу. На ночь бинт снимается, утром живот вновь фиксируется матерчатой лентой. На такую подготовку иногда требуется 15–20 дней, и ее больной начинает делать задолго до операции в домашних условиях. Одновременно с бинтованием живота больной в течение 2 недель соблюдает диету, исключается из дневного рациона хлеб, картофель, жиры, каши. Разрешаются: кефир, простокваша, кисели, нежирные мясные бульоны, протерты супы, чай. В связи с тем, что при больших и гигантских послеоперационных грыжах спаечный процесс в брюшной полости приводит к частичной хронической кишечной непроходимости, что сопровождается переполнением и застоем кишечного содержимого, запорами, каловыми завалами, необходимо в течение 5 дней очищение кишечника с помощью очистительных клизм, которые делаются 2 раза в день утром и вечером. За сутки до операции больной пьет только воду. При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Объем и продолжительность предоперационной подготовки будет определяться состоянием больного, временем от момента ущемления. Когда с момента ущемления прошло 10 часов, у больного налицо острая кишечная непроходимость, наряду с непродолжительной медикаментозной терапией, необходимо введение зонда в желудок и эвакуация его содержимого.

5. Хирургическая операция - это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

Эталон ответа

Задача 11

1. Медицинская сестра должна сделать больному промывание желудка.
2. Для промывания желудка используются толстый желудочный зонд, шприц Жане, стеклянная воронка. Их «перед употреблением» стерилизуют в центральной стерилизационной путем обработки в автоклаве под давлением в 1,1 атмосферу в течение 45 минут, либо подвергают кипячению в дистиллированной воде 45 минут. Введение желудочного зонда в желудок может производиться в положении больного сидя или лежа. Предварительно конец зонда смачивают стерильным вазелиновым маслом. Конец зонда укладывают на корень языка больного. Предлагая делать глотательные движения, постепенно вводят зонд глубже. Если у больного возникают позывы на рвоту, временно прекращают введение зонда, рекомендуя больному редко и глубоко дышать, затем продолжают введение зонда. При попадании зонда в желудок по зонду начинает изливаться желудочное содержимое. Промывание желудка производят у больных с нарушением эвакуации желудка (рубцово-язвенная деформация, рак выходного отдела желудка, острое расширение желудка). После введения зонда в желудок по нему начинает выходить, содержимое, на зонд надевают воронку, заливают 250 мл воды температуры 22°C, постепенно поднимают воронку на 25 см выше уровня рта, вода уходит в желудок. Следует держать воронку в несколько наклоненном положении, чтобы не возник водоворот в центре воронки и не попал воздух в желудок. Затем воронку опускают, она постепенно заполняется промывной жидкостью с примесью желудочного содержимого, которое сливают в ведро. Вновь заливают в воронку воду и продолжают процедуру несколько раз до чистых промывных вод. С целью ликвидации процессов брожения и гниения в желудке в последнюю порцию воды добавляют 2 чайные ложки соляной кислоты на литр воды. Соляная кислота губительно действует на микробы, находящиеся в желудке. Промывание желудка можно производить 1–2 раза в сутки, его всегда нужно производить осторожно, не форсируя, чтобы не вызвать осложнений. Опорожнение желудка избавляет больного от чувства тяжести, распирающего в верхней части живота, способствует восстановлению мышечного тонуса желудочной стенки, улучшает ее кровообращение.

3. Для того, чтобы сделать **очистительную клизму**, нужна кружка Эсмарха – резиновый мешок с отходящей от него резиновой трубкой длиной 150 см, имеющей кран для регулировки поступления жидкости и пластмассовые наконечники. Вода для очистительной клизмы должна быть комнатной температуры (22°C). Для усиления эффекта к клизменной воде можно добавить 1/2 чайной ложки растертого в порошок детского или хозяйственного мыла, 1–2 столовые ложки поваренной соли, 2–3 столовые ложки глицерина и т. д. Перед постановкой очистительной клизмы под больного кладут клеенку, укладывают на левый бок, ноги приводят к животу. В кружку Эсмарха заливают 1–1,5 литра воды, в трубку вставляют пластмассовый стерильный наконечник, кружку поднимают вверх, открывают кран, чтобы выпустить с небольшим количеством жидкости воздух, находящийся в трубке, затем закрывают кран. Наконечник смазывают стерильным вазелиновым маслом и осторожно вводят в прямую кишку на глубину 8 см. Кружку Эсмарха поднимают вверх, открывают кран, вода начинает поступать в ободочную кишку. Следят за тем, чтобы воздух не попал в просвет кишки, вовремя закрывают кран, вращательными движениями удаляют наконечник. Хорошо, если больной удержит воду в течение 10 минут. Если эффекта от клизмы нет, то ее можно повторить через 2 часа.
4. **Сифонные клизмы** делают в тех случаях, когда очистительные клизмы неэффективны и у больных с кишечной непроходимостью. Используется принцип сифона, когда многократно промывается кишечник. Иногда это может привести к ликвидации кишечной непроходимости. Для производства сифонной клизмы нужна резиновая трубка длиной 80 см, толщиной не менее 1,5 см, стеклянная воронка (емкостью до 500 мл), сосуд для воды, таз или ведро для слива промывных вод. Положение больного такое же, как для очистительной клизмы. Конец трубки, вводимый в прямую кишку, смазывают вазелиновым маслом, трубку вводят на 10–12 см в прямую кишку. Стеклянную воронку опускают ниже уровня больного и заполняют водой, затем медленно поднимают вверх, вода уходит в кишечник, затем ее опускают вниз, с жидкостью из кишечника выходят газы в виде пузырьков, с кусочками кала. Важно, чтобы количество вводимой жидкости было равно количеству выводимой. Воду сливают в ведро и заполняют воронку вновь. Так многократно, поднимая и опуская воронку, добиваются промывания до тех пор, пока не будет выходить чистая вода, прекратится отхождение газов. При заполнении воронки жидкостью, она должна быть в наклонном положении, чтобы не попал воздух в кишечник. Закончив промывание кишечника, воронку снимают, моют и кипятят, резиновую трубку на 15 минут оставляют в прямой кишке для эвакуации оставшейся жидкости. По указанию врача могут

быть, рекомендованы клизмы гипертонические, глицериновые, вазелиновые и др.

5. Применяется для изучения строения и функций органов в норме и при патологии. Позволяет диагностировать заболевание, определять локализацию и протяженность выявленных патологических изменений, а также их динамику в процессе лечения.

Эталоны ответов по теме 8 «Техника манипуляций по уходу за хирургическими больными. Основы десмургии»

Эталон ответа

Задача 1

1. Расхождение швов и выпадение внутренностей в дефект стенки живота – эвентрация.
2. При таком осложнении не следует менять повязку. На рану накладывается большая стерильная повязка, стерильное полотенце, простыня, больной укладывается в постель, немедленно вызывается дежурный врач.
3. Возникает чаще у истощенных, ослабленных больных или при нагноении в ране.
4. Для предупреждения эвентрации истощенных, ослабленных больных удерживают в постели более длительное время, швы снимают значительно позже (на 12 -14 день). До и после снятия швов пользоваться бандажом в зоне послеоперационного рубца для уменьшения нагрузки на брюшную стенку.
5. Кровотечение (наружное, поступление крови по дренажу, внутреннее); расхождение швов; присоединение раневой инфекции; осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы; осложнения со стороны дыхательной системы; осложнения со стороны органов пищеварения; осложнения со стороны мочевыделительной системы; развитие пролежней

Эталон ответа

Задача 2

1. Перелом ключицы
2. Повязка Дезо, с целью иммобилизации
3. 1) Встать лицом к пациенту.
2) Вложить ватно-марлевые валики в подмышечную впадину и на область перелома ключицы, согнуть руку в локтевом суставе под углом 90.
3) Сделать первый фиксирующий тур через грудную клетку с захватом больного плеча, повторив его дважды.
4) Второй тур вести со спины из левой подмышечной впадины на правое надплечье.
5) Третий тур опустить с правого надплечья по задней поверхности плеча, охватить снизу предплечье правой руки и, направляясь через левую подмышку, вести по спине на правое надплечье.

- 6) Четвертый тур опустить вниз по передней поверхности плеча и, охватывая локоть правой руки, вести по спине, возвращаясь на переднюю поверхность груди из-под левой подмышки.
 - 7) Все туры, начиная со второго, повторить 3 раза.
 - 8) Повязку закончить циркулярным туром вокруг грудной клетки и фиксировать булавкой. Излишки бинта срезать.
4. Повязка должна надёжно выполнять свою функцию (фиксация перевязочного материала на ране, иммобилизация, остановка кровотечения и др.); Повязка должна быть удобной для больного; должна быть красивой, эстетичной.
 5. Повязка Дезо, спиральная, восьмиобразная, колосовидная, косыночная, на молочную железу.

Эталон ответа

Задача 3

1. Открытый пневмоторакс.
2. Оклюзионную повязку для герметичного закрытия раны,
3. Механизм наложения:
 - 1) Усадить больного с травмой грудной клетки.
 - 2) Выполнить туалет раны.
 - 3) Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (ИПП): пакет взять в левую руку так, чтобы клейка свободного края находилась сверху, правой рукой захватить надрезанный край клейки и оторвать его, извлекая содержимое в бумаге; достать из складки бумажного пакета булавку, бумажную оболочку развернуть и достать содержимое; в левую руку взять конец бинта, в правую - головку бинта, развести руки в стороны (на отрезке бинта найти две подушечки, свернутые пополам и имеющие одну сторону, прошитую цветной ниткой: первая подушечка неподвижна, вторая передвигается по бинту).
 - 4) Закрыть рану первой подушечкой, стороной, не прошитой цветной ниткой.
 - 5) Закрыть рану внутренней стороной оболочки индивидуального перевязочного пакета, чтобы края оболочки герметично прилегали к коже.
 - 6) Закрыть рану второй подушечкой, стороной, не прошитой цветной ниткой.
 - 7) Фиксировать окклюзионную повязку циркулярными турами бинта индивидуального перевязочного пакета.
 - 8) Конец бинта закрепить булавкой.

4. Вместо ИПП можно использовать кусок стерильного целлофана, клеенки или черепицеобразно накладываемый лейкопластырь, стерильные салфетки, бинт.
5. Защитная (для профилактики вторичного инфицирования раны),
Лекарственная (для обеспечения постоянного доступа к ране лекарственного вещества),
Давящая (остановка кровотечения),
Иммобилизующая (обездвиживание конечности или ее сегмента),
Повязка с вытяжением (вытяжение костных отломков),
Корригирующая (для устранения деформаций),
Окклюзионная.

Эталон ответа

Задача 4

1. Спиральную повязку с перегибами
2. Сделать два-три круговых фиксирующих хода. Ход бинта вести косо вверх, большим пальцем левой руки придерживать его нижний край, раскатывать немного головку бинта и перегибать бинт по направлению к себе. При этом верхний его край делается нижним и наоборот. Чем более неравномерна толщина бинтуемой части тела, тем круче делается перегиб. В дальнейшем вести простую спиральную повязку или, если необходимо, сделать новые перегибы. Все перегибы должны находиться на одной стороне или по одной линии.
3. Кровотечение
4. Контроль за состоянием повязки необходимо проводить несколько раз в сутки, в данном случае это правило не соблюдено. Медсестра должна немедленно вызвать к больному врача для решения вопроса о дальнейших действиях.
5. Круговая, колосовидная, крестообразная, спиральная, возвращающаяся, черепашья, ползучая.

Эталон ответа

Задача 5

1. Нарушение мочеиспускания, приводящее к острой задержке мочи, носит рефлексорный характер и возникает вследствие реакции на боли в ране, рефлексорного напряжения мышц брюшного пресса.
2. Положить на надлобковую область теплую грелку, при неэффективности этого мероприятия провести катетеризацию мочевого пузыря. Если больной не сможет помочиться в дальнейшем, выпускать мочу катетером не реже одного раза в 12 ч.
3. Прежде чем ввести эластический катетер по уретре в мочевой пузырь, необходимо ватным шариком, смоченным слабым раствором фурацилина или борной кислоты, обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала. При катетеризации мочевого пузыря у

мужчин половой член берут в левую руку, а в правую стерильным пинцетом - катетер, смоченный глицерином или вазелиновым маслом. Дистальный конец катетера располагают между IV и V пальцами правой руки, а проксимальный конец медленно, без насилия вводят пинцетом в мочевой пузырь.

4. Кровотечение (наружное, поступление крови по дренажу, внутреннее); расхождение швов; присоединение раневой инфекции; осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы; осложнения со стороны дыхательной системы; осложнения со стороны органов пищеварения; осложнения со стороны мочевыделительной системы; развитие пролежней.
5. Наличие послеоперационной раны, вынужденное положение, влияние операционной травмы и наркоза.

Эталон ответа

Задача 6

1. Действия медицинской сестры правильны, т.к. для иммобилизации при переломе плеча накладывается колосовидная повязка.
2. На больной стороне вокруг плеча делаются два обертывания;
 - Затем накладывается стерильная салфетка;
 - Третий тур (оборот) ведется наискось из подмышечной впадины вверх до плечевой поверхности и на спину;
 - Четвертый оборот является продолжением третьего, ведется сначала по спине, а затем через подмышечную впадину к здоровой части спины, выводя на поверхность грудины, затем направляется к плечевому суставу пострадавшей руки;
 - Пятый оборот циркулярно обматывает все стороны плеча, выходя на внутреннюю поверхность, а затем на переднюю;
 - Таким образом, чередуя обороты, закрывается полностью весь плечевой сустав.
3. В данном случае, кроме колосовидной повязки можно использовать повязку Дезо.
4. 1) Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2) Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей.
3) Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом.
4) Прижать предплечье к груди.
5) Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.

- 6) Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.
- 7) Опуститься вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.
- 8) Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны.
- 9) Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное предплечье.
- 10) Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.
- 11) Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны.
- 12) Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.
- 13) Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины.
- 14) Заколоть конец повязки булавкой.

5. Гигроскопичность

Эталон ответа

Задача 7

1. Сделать черепашью повязку.
2. Сходящаяся и расходящаяся.
3. Придать больному наиболее удобное положение, при котором не усиливается боль. Во время бинтования следить за выражением лица пострадавшего. При наложении стерильной повязки нельзя касаться тех слоев марли, которые будут непосредственно соприкасаться с раной; бинтовать следует двумя руками, осуществляя вращение головки бинта вокруг бинтуемой части тела. При этом бинт необходимо разворачивать слева направо. Каждый последующий виток бинта должен закрывать половину или две трети ширины предыдущего; бинтуемая часть тела, особенно конечности, должна находиться в том положении, в котором она будет находиться после наложения повязки. Например, повязка, наложенная на коленный сустав в согнутом положении, будет непригодна, если больной после этого начнет ходить; завязывать конец бинта или фиксировать его булавкой следует над здоровой частью тела.
4. Независимо от пропитывания внешних слоев перевязка показана в первые сутки или раньше (при кровотечении, пропитывании, смещении, невыполнении своей функции).
5. Этапы перевязки: снятие старой повязки и туалет кожи; выполнение манипуляций в ране; наложение новой повязки; ее фиксация.

Эталон ответа

Задача 8

1. Колосовидную на первый палец.

2. Повязка позволяет сохранить функцию противопоставления.
3. На второй палец необходимо наложить спиральную повязку.
4. Назначение внутренних слоев повязки — остановка кровотечения и защита раны от вторичного инфицирования. Внешние слои служат для фиксации и удержания перевязочного материала на ранах.
5. Возможно наложение колосовидной повязки на плечевой, тазобедренный суставы, спиральной - на плечо, предплечье, голень, бедро, туловище.

Эталон ответа

Задача 9

1. Возвращающуюся или спиралевидную повязку.
2. Вокруг лучезапястного сустава.
3. Уложить или усадить пациента; придать бинтуемой конечности удобное физиологическое положение; стоять лицом к пациенту, чтобы вести наблюдение за его состоянием; начинать бинтование от периферии к центру, слева направо, равномерным натяжением по всей длине конечности, каждый следующий тур перекрывает предыдущий на $\frac{1}{2}$ ширины бинта; раскатывать бинт по бинтующей поверхности, не отрывая от нее; бинтовать двумя руками: одной раскатывать головку бинта, другой расправлять его ходы; закреплять повязки последними турами бинта.
4. Переходы между турами повязки на кисти и на пальце должны располагаться на тыльной поверхности кисти.
5. В первые сутки, независимо от пропитывания внешнего слоя или раньше при наличии показаний.

Эталоны ответов по теме 9 «Дренажи: виды, классификация. Уход за дренажами»

Эталон ответа

Задача 1

1. Обтурация дренажной трубки.
2. Обтурацию внутренней части дренажа может вызвать фибрин, сгусток крови, некротические ткани. Одной из причин обтурации наружного отдела дренажной системы является то, что наращивают дренаж, как правило, вставляя в его просвет трубку меньшего диаметра, чаще всего от одноразовой системы. Таким образом, создается механическое препятствие для оттока содержимого.
3. Если препятствие расположено ниже места введения лекарственного вещества, то необходимо промыть дренаж, предварительно пережав его выше препятствия. Если же обтурация произошла выше места введения, а это сестра чувствует при вливании раствора, необходимо прекратить манипуляцию и сообщить врачу.

4. Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа.
5. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.

Эталон ответа

Задача 2

1. Такое состояние может потребовать повторного вмешательства для остановки кровотечения, поэтому сестра без промедления вызывает к больному врача для решения вопроса о помощи.
2. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.
3. Пассивные дренажи.
4. Полоса марли, обернутая снаружи перчаточной резиной.
5. Отток содержимого происходит за счет капиллярности и гигроскопичности марли.

Эталон ответа

Задача 3

1. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.
2. Пассивное дренирование.
3. Отток происходит за счет более низкого расположения дренажа относительно полости и повышения давления в зоне скопления жидкости.
4. Перчаточная резина, марля, трубки из резины, поливинилхлорида, пластмассы и других синтетических материалов.
5. Медицинская сестра.

Эталон ответа

Задача 4

1. Активное дренирование.
2. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.
3. Отток происходит за счет более низкого расположения дренажа относительно полости и повышения давления в зоне скопления жидкости при использовании перчаточных дренажей и различных трубок или за счет капиллярности и гигроскопичности марли при использовании «сигарных» и марлевых дренажей.
4. Принцип работы активных дренажей основан на том, что создается разрежение, за счет которого содержимое из полости оттекает наружу.
5. Простейшими аспирационными устройствами являются резиновые груши и гармошки, обычный медицинский шприц, который подсоединяют к наружному концу дренажной трубки. Также конец

трубки можно подключить к электрическому или водоструйному отсосу.

Эталон ответа

Задача 5

1. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.
2. При проточно-промывном дренировании в рану устанавливается не меньше 2 дренажей. По одному из них постоянно в течение суток осуществляется введение жидкости (лучше антисептического раствора), а по другому она вытекает.
3. Нарушение герметичности дренажной системы.
4. Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа.
5. При наращивании дренажа дополнительную трубку необходимо надевать на наращиваемый дренаж на 3-4 см и фиксировать его шелковой лигатурой. При этом следует так затягивать узел, чтобы не обтурировать просвет дренажа.

Эталон ответа

Задача 6

1. Обтурация дренажной трубки
2. Обтурацию внутренней части дренажа может вызвать фибрин, сгусток крови, некротические ткани. Одной из причин обтурации наружного отдела дренажной системы является то, что наращивают дренаж, как правило, вставляя в его просвет трубку меньшего диаметра, чаще всего от одноразовой системы. Таким образом, создается механическое препятствие для оттока содержимого.
3. Если препятствие расположено ниже места введения лекарственного вещества, то необходимо промыть дренаж, предварительно пережав его выше препятствия. Если же обтурация произошла выше места введения, а это сестра чувствует при вливании раствора, необходимо прекратить манипуляцию и сообщить врачу.
4. Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа.
5. Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование.

Эталон ответа

Задача 7

1. Дренирование по Бюлау.
2. Наблюдение за пульсом, АД, ЧСС, контроль функции дыхания и газообмена, контроль за перевязкой и дренажом.

3. Положение лежа с возвышенным головным концом кровати, по прошествии 6ч через каждые 2ч пациента перекладывают: со спины на здоровую сторону для улучшения вентиляции оперированной стороны.
4. К осложнениям после операций на легкие относят пневмонию.
5. Хирургическая операция- это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

Эталон ответа

Задача 8

- 1.Обтурация дренажной трубки.
- 2.Обтурацию внутренней части дренажа может вызвать фибрин, сгусток крови, некротические ткани. Одной из причин обтурации наружного отдела дренажной системы является то, что наращивают дренаж, как правило, вставляя в его просвет трубку меньшего диаметра, чаще всего от одноразовой системы. Таким образом, создается механическое препятствие для оттока содержимого.
- 3.Если препятствие расположено ниже места введения лекарственного вещества, то необходимо промыть дренаж, предварительно пережав его выше препятствия. Если же обтурация произошла выше места введения, а это сестра чувствует при вливании раствора, необходимо прекратить манипуляцию и сообщить врачу.
- 4.Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа.
- 5.Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное.

Эталоны ответов по теме 10 «Уход за больными после операций на лице, голове и шеи»

Эталон ответа

Задача 1

1. Термические поражения дыхательных путей, отравление химическими веществами, травма черепа, шеи, средостения, нарушение проходимости дыхательных путей инородными телами, при ранениях и закрытых травмах гортани и трахеи, при аллергии (острый аллергический отек)
2. Интубация, трахеостомия, с помощью воздуховода, ИВЛ
3. В данном случае показана трахеостомия
4. Отоларинголог-хирург, анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра
5. Общий уход включает в себя профилактику пролежней, уход за волосами, глазами, ушами, полостью носа, за чистотой постельного белья для

данных больных. Частный уход включает в себя уход за трахеостомой: а именно, чтобы она постоянно была открыта, периодически отсасывать мокроту из трахеостомы, если это необходимо.

Эталон ответа

Задача 2

1. Необходимо менять положение тела больного каждые два часа, протирать больных камфорным спиртом, следить за чистотой и расправлением складок постельного белья.

2. Периодически отсасывать мокроту из трахеостомы, соблюдать методы асептики, соблюдать за доступностью воздуха для больного. Уход за швом включает в себя соблюдение осторожности при переворачивании больных. Перевязку же таких ран осуществляют нейрохирурги и медсестры.

3. С помощью гастроназального зонда

4. Младший медперсонал не занимается выбором повязок для больных

5. Немедленно позвать медсестру или врача. А пока они бегут, начинать отсасывать мокроту из трахеостомы.

Эталон ответа

Задача 3

1. Анафилактический шок.

2. Это тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, развивающееся при контакте организма с некоторыми чужеродными веществами (антигенами). Анафилактический шок относится к аллергическим реакциям немедленного типа, при которых соединение антигена с антителами вызывает выброс в кровеносное русло ряда биологически активных веществ (гистамин, серотонин, брадикинин).

3. Не уточнил аллергологический анамнез.

4. Немедленно вызвать скорую помощь. Придать пострадавшему горизонтальное положение на спине с наклоненной на бок головой, освободить шею, грудную клетку, живот, обеспечивают приток кислорода. Так же следует ввести раствор адреналина, антигистаминных препаратов, эуфиллин с целью снятия бронхоспазма, уменьшения отека легких и облегчения дыхания.

5. Потеря чувствительности.

Эталон ответа

Задача 4

1. Рак гортани

2. Хирургический и лучевая терапия

3. Анамнез, осмотр с помощью ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентгенологических методов исследования. Компьютерная томография – определяется распространенность опухолевого процесса, биопсия – для морфологического подтверждения диагноза.

4. Состояние больного неудовлетворительное и, скорее всего, летальный исход.

5. Скажите, что на все вопросы ответит лечащий врач.

Эталон ответа

Задача 5

1. Опухоль головного мозга
2. Трепанация
3. Хирургический способ либо комбинация операции, лучевой терапии и химиотерапии
4. Наследственность, возраст, воздействие радиации, химические агенты
5. Зависит от своевременности и адекватности диагностики. При своевременности и адекватности пятилетняя выживаемость составляет 60-80%.

Эталон ответа

Задача 6

1. Необходимо менять положение тела больной каждые два часа, протирать больных камфорным спиртом, следить за чистотой и расправлением складок постельного белья.
2. Периодически отсасывать мокроту из трахеостомы, соблюдать методы асептики, соблюдать за доступностью воздуха для больного. Уход за швом включает в себя соблюдение осторожности при переворачивании больных. Перевязку же таких ран осуществляют нейрохирурги и медсестры.
3. С помощью назогастрального зонда
4. Младший медперсонал не занимается выбором повязок для больных
5. Немедленно позвать медсестру или врача. А пока они бегут, начинать отсасывать мокроту из трахеостомы.

Эталон ответа

Задача 7

1. Во избежание проглатывания и аспирации слизи, крови и некротических масс следует с первых дней придавать больным полусидящее положение. Рекомендуются частое поворачивание для предупреждения застойных явлений в легких и развития пневмонии. Больные должны быть обеспечены специальными резиновыми мешочками или слюноприемниками, а грудь закрывать клеенкой. Кроме обычных перевязок, необходимо систематическое промывание полости рта слабыми растворами дезинфицирующих средств.
2. У больного может развиваться пневмония.
3. Больным назначают жидкую, полужидкую и сливкообразную высококалорийную пищу с достаточным количеством витаминов. Необходимо стремиться, чтобы больные принимали пищу через рот. Для

этой цели используют специальные поильники, снабженные длинным носиком.

4. Техника введения желудочного зонда: желудочный зонд перед введением прокипятить в стерилизаторе в течение 20-30 минут, затем кончик зонда смазывается глицерином или водой и осторожно вводится через носовой ход до корня языка, больному предлагается осторожно производить глотательные движения. Таким образом, зонд без особых усилий проводится до отметки 40 см, что указывает на нахождение последнего в желудке. Кормление осуществляется с помощью шприца Жане. Вводится жидкая пища (сырые яйца, бульон, кисель).
5. Общий уход в послеоперационном периоде осуществляется, как и за всеми послеоперационными больными (туалет лица, обработка борным или камфорным спиртом кожных покровов, дыхательная гимнастика, регулярная смена белья). Контроль АД, пульса, диуреза, фумация ЖКТ.

Эталон ответа

Задача 8

1. Повязка «уздечка».
2. Общий уход в послеоперационном периоде осуществляется, как и за всеми послеоперационными больными (туалет лица, обработка борным или камфорным спиртом кожных покровов, дыхательная гимнастика, регулярная смена белья). Контроль АД, пульса, диуреза, фумация ЖКТ.
3. Больным назначают жидкую, полужидкую и сливкообразную высококалорийную пищу с достаточным количеством витаминов. Необходимо стремиться, чтобы больные принимали пищу через рот. Для этой цели используют специальные поильники, снабженные длинным носиком.
4. Техника введения желудочного зонда: желудочный зонд перед введением прокипятить в стерилизаторе в течение 20-30 минут, затем кончик зонда смазывается глицерином или водой и осторожно вводится через носовой ход до корня языка, больному предлагается осторожно производить глотательные движения. Таким образом, зонд без особых усилий проводится до отметки 40 см, что указывает на нахождение последнего в желудке. Кормление осуществляется с помощью шприца Жане. Вводится жидкая пища (сырые яйца, бульон, кисель).
5. Хирургическая операция- это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

Эталоны ответов по теме 11 «Уход за больными после операций на органах брюшной полости»

Эталон ответа

Задача 1

1. Образование желчных камней, закупорка ими желчевыводящих путей.
2. Боли в правом подреберье, горечь во рту, рвота. Положительные симптомы: Френикус, Мерфи, Ортнера
3. Общий анализ крови, повышение АлАТ, АсАТ, УЗИ, анамнез
4. Антибиотики, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, коррекция водно-солевого баланса
5. Своевременное выявление конкрементов в желчном пузыре, ограничение употребления жирной пищи, физическая активность.

Эталон ответа

Задача 2

1. Симптом Кивуля, Обуховской больницы, Мондора, острые боли, отсутствие стула
2. Динамическая, механическая
3. Голод, парентеральное питание
4. 40 см до обтурации и 15 см после
5. Несостоятельность швов, перитонит, спаечная кишечная непроходимость

Эталон ответа

Задача 3

1. Печеночное кровотечение.
2. Водят каждые 4-5 часов первые сутки.
3. Для разгрузки печени, желчного пузыря.
4. Возобновление кровотечения, перитонит.
5. 14-22 к/день.

Эталон ответа

Задача 4

1. Санация брюшной полости, промывание брюшной полости 10 л. физиологического раствора, дренирование брюшной полости
2. 4
3. Перитонит, послеоперационные абсцесс передней брюшной стенки.
4. Уход за послеоперационной раной, уход за дренажами.
5. 14 койко-дней

Эталон ответа

Задача 5

2. Обострение хронического холецистита, направление в хир.стационар

3. Парентеральное введение спазмолитиков, инфузия поляризующей смеси
4. Острый панкреатит, острый гастрит, обострение язвенной болезни ДПК
5. ОАК, ОАМ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, обзорная рентгенография грудной клетки
6. Ограничение жирной пищи, физическая активность, диспансеризация в поликлинике по месту жительства.

Эталон ответа

Задача 6

1. Обычно пульс определяют на лучевой артерии в области лучезапястного сустава (периферический пульс).
2. Ритмичность пульса оценивают по регулярности следующих друг за другом пульсовых волн. Если интервалы между ними равны, то пульс правильный (ритмичный), если различны - неправильным (аритмичным).
 - Частота пульса – её определяют путём подсчёта числа пульсовых волн в минуту.
 - Наполнение пульса – оно определяется объёмом кров, находящимся в артерии, и зависит от систолического объёма сердца.
 - Напряжение пульса определяется той силой, которую нужно приложить для полного пережатия артерии.
 - Высота пульса и его величина зависят от амплитуды колебания артериальной стенки.
 - Форма (скорость) пульса определяется скоростью изменения объёма артерии, зависящей от объёмной скорости сердечного выброса.
3. Тахикардия.
4. Спленэктомия.
5. Сухое бритьё, обработка дезинфицирующими средствами.

Эталон ответа

Задача 7

1. Состояние больного зависит от тяжести операции.
2. Кормление осуществляется через зонд.
3. Действия мед. сестры не верны, т.к. не было назначений врача.
4. Очистительные клизмы
5. Сухое бритьё, обработка дезинфицирующими средствами.

Эталон ответа

Задача 8

1. Сразу после операции больного укладывают на 1,5-2,0 ч на спину без подушки с головой, повернутой набок, что обеспечивает нормальное

- кровообращение головного мозга и предотвращает попадание слизи и рвотных масс в дыхательные пути.
2. Контроль за состоянием повязки осуществляется несколько раз в сутки, обращая внимание на ее чистоту, сохранность и промокание.
 3. Наблюдение и уход за пищеварительной системой направлены на обеспечение быстрого восстановления перистальтики и заживление в зоне операции, нормализации пищеварения, профилактики и лечение осложнений.
 4. Одной из мер борьбы с метеоризмом является введение в прямую кишку газоотводной трубки.
 5. Целью постановки назогастрального зонда является введение в кишечник питательных веществ, борьба с интоксикацией и парезом кишечника.

Эталон ответа

Задача 9

В приемное отделение скорой медицинской помощью был доставлен больной К. 46 лет. Предположительный диагноз-коагуляционный ожог пищевода. Больной был прооперирован в срочном порядке. Больному была установлена гастростома.

1. Когда чаще всего накладывают гастростому?
2. Как должна следить за гастростомой медицинская сестра?
3. Положение больного после операции на органы брюшной полости.
4. Особенности ухода за больными, оперированными на органах брюшной полости.
5. Как называется воспаление слизистой оболочки пищевода?

Эталон ответа

Задача 10

1. Гастростоме (свищ желудка)- чаще всего накладывают при непроходимости пищевода (рак, рубцовые сужения в результате ожогов и др.). Через стому пища поступает непосредственно в желудок, минуя ротовую полость и пищевод.
2. Сестра должна следить за тем, чтобы трубка не выпала, особенно в ближайшие дни после операции, когда еще не сформировался канал. Если же это случилось, не надо пытаться ввести выпавшую трубку, так как введение «вслепую» может привести к попаданию трубки не в желудок, а в свободную брюшную полость, что грозит развитием перитонита. После формирования свища и снятия швов надо научить больного вводить трубку самостоятельно. После каждого кормления нужно производить туалет кожи вокруг свища. Для предупреждения раздражения кожу смазывают индифферентными мазями (цинковой пастой Лассара и др.).
3. После операции на органах брюшной полости под местным обезболиванием больного нужно уложить в постель так, чтобы рана

находилась в покое. Если хирург не дает специальных указаний, наиболее удобным будет положение с приподнятым головным концом кровати и слегка согнутыми ногами. Такое положение способствует расслаблению брюшной стенки, обеспечивает покой для операционной раны, облегчает дыхание и кровообращение.

4. К особенностям ухода за больными, оперированными на органах брюшной полости, является контроль за возможным кровотечением. Оно может быть в просвет пищеварительного тракта, чаще в культю желудка после его резекции и проявляется кровавой рвотой. Кровотечение может быть и в свободную брюшную полость. Его легче диагностировать, если в брюшной полости стоит дренаж и по нему выделяется сукровичное отделяемое или кровь; или повязка начинает обильно промокать кровью. Труднее заподозрить кровотечение в свободную брюшную полость, если она закрыта наглухо, здесь поможет динамическое наблюдение за больным, изменение пульса, артериальное давление, показатели красной крови, общее состояние, кожные покровы.
5. Эзофагит.

Эталоны ответов по теме 12 «Диеты: виды, показания и противопоказания»

Эталон ответа

Задача 1

1. В этом случае больному назначают 1а стол, т.к с момента операции больного прошли 3 сутки, значит он прошел стадию нулевой диеты, когда назначается.
2. У больного начали отходить газы и боли в животе уменьшились.
3. Противопоказаний нет
4. Супы молочный на слизистом отваре из круп. Отварная рыба нежирных сортов, яйца всмятку, омлет паровой,
5. Соусы и пряности, молочные продукты, кофе, какао, алкоголь, закуски, хлеб и хлебобулочные изделия.

Эталон ответа

Задача 2

1. Этот стол назначается при сахарном диабете, создает благоприятные условия, способствующие нормализации углеводного обмена.
2. Нет противопоказаний
3. Макароны изделия, крупы, рис, сладкие творожки, сливки, сыры, гусятина, утка, консервы. Овощи в соленном, маринованном виде жирные и острые соусы.
4. Вареная нежирная говядина. Нежирная рыба, желателно запеченная в духовке или отварная. Куриное мясо. (Употребление шкурки от курицы следует исключить). Черный хлеб. Яйца куриные

(не более 4 шт. в неделю). Крупы: овсяная, гречневая, перловая, пшеничная. Грейпфрут. Сок томатный, зеленый чай. Капуста (белокочанная и/или цветная), кабачки, огурцы, баклажаны. Лук, петрушка, укроп. Яблоки, мандарины, сливы, арбузы в ограниченном количестве.

5. Если медсестра перепутает 9 стол с 15, а 15 стол это нормальное питание без каких-либо ограничений. И состояние больного ухудшится.

Эталон ответа

Задача 3

1. Диета №5
2. Острые гепатиты и холециститы в стадии выздоровления; хронический гепатит вне обострения; цирроз печени без ее недостаточности; хронический холецистит и желчнокаменная болезнь вне обострения. Во всех случаях - без выраженных заболеваний желудка и кишечника.
3. Супы: овощные, крупяные на овощном отваре, молочные с макаронными изделиями, фруктовые, борщи и щи вегетарианские, свекольник. Хлеб пшеничный из муки 1-го и 2-го сорта, ржаной из сеяной и обдирной муки вчерашней выпечки. Выпечные несдобные изделия с вареным мясом и рыбой, творогом, яблоками. Печенье затыжное, сухой бисквит. Мясные, рыбные и грибные бульоны, окрошку, щи зеленые; жирные сорта, утку, гуся, печень, почки, мозги, копчености, большинство колбас, консервы:
4. Горчица, перец, хрен;
5. Эту диету подбирают индивидуально в зависимости от пищевых привычек человека.

Эталон ответа

Задача 4

1. Послеоперационная диета назначается в первые дни (2-3 дня) после операции. Диета призвана максимально разгрузить органы пищеварения. Обеспечить минимальное поступление пищи.
2. Определяется наличием перистальтики, отхождения газов, наличие стула.
3. 15 г-белки, 15г-жиры, 200г- углеводов, 1000ккал. 6 приемов по 250мл.
4. Слизистые крупяные отвары со сливками, жидкие протертые каши, кисели и др.
5. До 6 раз в сутки

Эталон ответа

Задача 5

1. Энтеральное питание это вид нутритивной терапии, при которой питательные вещества в виде специальных смесей вводятся перорально или через назогастральный зонд, назодуоденальный зонд, гастростому, еюностому
2. Содержат углеводы в виде олиго- и полисахаридов; белки в виде яичного, соевого, молочного белка; жиры в виде полиненасыщенных и незаменимых жирных кислот «Импакт», «Пентамен», «Альфаре» ...
3. Белково-энергетическая недостаточность; питание пред и после операционных периодах, осложнения послеоперационного периода.
4. Обтурационная острая кишечная непроходимость; ишемия кишечника;
5. Использование и поддержание функций кишечника, физиологичность, использование естественного иммунологического барьера слизистой кишечника, возможность различных способов введения.

Эталон ответа

Задача 6

1. Питаться малыми порциями 5-6 раз в день.
2. Исключить из рациона жирное мясо, грибы, пряности, копчености, маринады, жареные продукты.
3. Ограничить сладкие блюда, блюда содержащие клетчатку.
4. Диета 0
5. Слизистые крупяные отвары со сливками, жидкие протертые каши, кисели и др.

Эталон ответа

Задача 7

1. Нет, кофеин содержащие вещества возбуждающе влияют на ЦНС
2. №10
3. Диета направлена на улучшение функции сердечно сосудистой системы и коррекцию нарушенных обменных процессов.
4. В рационе должно быть ограничено содержание натрия, жидкости, уменьшена калорийность за счет ограничения жира, пищевые вещества возбуждающие ЦНС.
5. Пороки сердца, атеросклероз, кардиосклероз.

Эталон ответа

Задача 8

1. №7
2. Пища готовится без соли, исключаются острые, солёные блюда и закуски экстрактивные вещества и консервированные продукты
3. Хирургические заболевания на фоне патологии почек (острый нефрит обострение хронического нефрита с отёчным синдромом).
4. Когда питание больного через рот невозможно в течение определенного времени, вынужденно используют искусственное

питания, минуя пищеварительный тракт. Наиболее разработано и широко применяется парентеральное питание, как правило, внутривенное введение питательных средств.

5. Для парентерального питания используются жировые эмульсии (липофундин, интралипид), которые наиболее энергоемки, канцентрированные растворы глюкозы - 10-50%, препараты гидролиза белков: полиамин, ольвезин, аминокептид и др., 0,85% раствор хлорида натрия.

Эталон ответа

Задача 9

1. Диета №15 (общий стол)
2. Исключаются тугоплавкие жиры, блюда из гуся и утки, перец, горчица и другие острые приправы.
3. 4 раза в день
4. Палатная медицинская сестра и лечащий врач
5. Да. В соответствии с назначениями врача медсестра объясняет родственникам, что больным разрешается есть. Вся пища проверяется перед употреблением.

Эталоны ответов по теме 13 «Особенности кормления хирургических больных. Парентеральное питание. Стомы: колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома. Правила и техника ухода»

Эталон ответа

Задача 1

1. Парентеральное питание — способ введения питательных веществ в организм путем внутривенной инфузии в обход желудочно-кишечного тракта. Может быть частичным и полным. Применяется при невозможности пациентом самостоятельно принимать пищу.
2. Основная цель парентерального питания — обеспечение поступления смеси ингредиентов (нутриентов) в количестве, соответствующем потребностям пациента, так чтобы это было безопасно и не вызывало каких-либо осложнений.
3. Для первичной терапии:
 - Кишечные свищи
 - Острая почечная недостаточность (тубулярный некроз)
 - Синдром короткого кишечника (после резекции)
 - Ожоговая болезнь
 - Печеночная недостаточность (острая декомпенсация)
 - Болезнь Крона (эффективность не доказана)
 - Нервная анорексия (эффективность не доказана)Для поддерживающей терапии:

Обширные хирургические вмешательства

Кишечная непроходимость

Химиотерапия опухолей (при острой интоксикации)

Острый радиационный энтерит

Абсолютных противопоказаний для парентерального питания нет.

4. Растворы аминокислот:

дипептиды глутамина;

растворы аминокислот для больных печеночной недостаточностью;

растворы аминокислот для больных почечной недостаточностью;

растворы аминокислот, предназначенные для детей.

Жировые эмульсии:

на основе длинноцепочечных триглицеридов (LCT)

на основе смеси длинноцепочечных и среднецепочечных

триглицеридов (MCT/LCT)

на основе смеси длинноцепочечных и среднецепочечных

триглицеридов с добавлением омега-3 жирных кислот

(MCT/LCT/омега-3 жирные кислоты)

только на основе рыбьего жира

Поливитаминные комплексы и микроэлементы:

препараты водорастворимых витаминов;

препараты жирорастворимых витаминов;

препараты водо- и жирорастворимых витаминов;

комплекс микроэлементов.

Комбинированные препараты:

они включают следующие комбинированные контейнеры:

двухкомпонентные, «два в одном» (раствор аминокислот+раствор глюкозы);

трехкомпонентные, «три в одном»:

раствор аминокислот + раствор глюкозы + жировая эмульсия

раствор аминокислот + раствор глюкозы + многокомпонентная

жировая эмульсия с включением омега-3 жирных кислот

5. Парентеральное питание позволяет длительное время адекватно обеспечивать потребности пациента в белке и энергии. Состав парентерального питания у различных возрастных групп и/или при различных заболеваниях имеет существенные отличия. Адекватное парентеральное питание позволяет снизить смертность и длительность пребывания пациентов в стационаре и палате интенсивной терапии.

Эталон ответа

Задача 2

1. Стома (лат. stoma, множ. stomata) в хирургии — искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого органа (например, кишечника, трахеи) и окружающей средой.
2. Данное отверстие накладывается на полый орган при его непроходимости или для исключения из работы отделов, лежащих ниже стомы.
3. Колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома.
4. Трахеостома вводится в трахею: хирургическая операция образования временного или стойкого соустья полости трахеи с окружающей средой (стома — свищ), осуществляемое путем введения в трахею канюли или подшиванием стенки трахеи к коже. Гастростома ставится в верхний левый отдел желудка: хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента при невозможности приёма пищи через рот
5. Цистостома – это специальная трубка, вводимая непосредственно в мочевого пузырь через брюшную стенку для прямого вывода мочи из мочевого пузыря в мочеприемник, представляющий собой специальный мешок. Колостома – искусственный задний проход, наложенный хирургическим путем на один из участков толстой кишки для постоянного или временного отведения фекалий от дистального отдела кишки. Термин используют, чтобы отличать искусственный задний проход, сформированный с лечебной целью, от свища толстой кишки, возникшего в результате заболевания (аппендикулярный или другой перитонит, инвагинация кишок и др.) или травмы толстой кишки. Независимо от локализации и типа колостомии преследует две цели: ликвидацию кишечной непроходимости и отведение кала от нижележащего отдела толстой кишки. В детской проктологии эту паллиативную операцию применяют очень широко в качестве временной превентивной меры.

Эталон ответа

Задача 3

1. Методика кормления через гастростому проста: к свободному концу зонда присоединяют воронку, через которую малыми порциями (50 мл) 6 раз в сутки вводят в желудок подогретую жидкую пищу. Постепенно объем вводимой пищи увеличивают до 25-500 мл, а число кормлений уменьшают до 4 раз. Иногда больному разрешают самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане с жидкостью и уже в разбавленном виде вливают в воронку. При таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции.

2. В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных.
3. Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом. Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры. Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим – придвинуть прикроватный столик и придать полусидящее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить. При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту. В том случае, когда больной не может поднять голову, чтобы он не захлебнулся, можно пользоваться следующим способом кормления. На носик поильника надевают прозрачную трубку (8–10 мм диаметром и 25 см длиной), которую вводят в рот. После введения трубки в рот ее снимают пальцами, затем слегка поднимают и наклоняют поильник, одновременно разжимая пальцы на несколько секунд, чтобы в рот больного попала пища в объеме одного глотка (прозрачность трубки позволяет контролировать количество пропущенной пищи).
4. При ряде заболеваний, когда питание больного через рот невозможно, назначают искусственное питание. Искусственное питание – это введение в организм питательных веществ при помощи желудочного зонда, клизмы или парентерально (подкожно, внутривенно). Во всех этих случаях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, т. к. может привести к инфицированию ран или попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких.

Применение питательных клизм очень ограничено, т. к. в нижнем отделе толстого кишечника всасываются только вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт. Частично всасываются белки и аминокислоты.

Объем питательной клизмы не должен превышать 200 мл, температура вводимого вещества – 38–40 °С. Питательная клизма ставится через 1 ч после очистительной и полного опорожнения кишечника. Для

подавления кишечной перистальтики добавляют 5–10 капель настойки опия. С помощью питательной клизмы вводят физиологический раствор (0,9 %-ный раствор натрия хлорида), раствор глюкозы, мясной бульон, молоко, сливки. Ставить питательную клизму рекомендуют 1–2 раза в день, иначе можно вызвать раздражение прямой кишки.

Эталон ответа

Задача 4

1. Оснащение. Стерильные: зонд для питания через гастростому, шприц Жане или воронка, перевязочный материал, почкообразный лоток, зажим, шпатель, пинцет, 70% этиловый спирт, другие: лейкопластырь, подогреваемая жидкая пища, цинковая мазь или паста Лассара.
2. Кормление пациента начинается со вторых суток.
3. На чистые руки наденьте резиновые перчатки. Снимите зажим с трубки. На конец трубки подключите воронку или цилиндр шприца Жане и вливайте жидкую пищу по назначению врача. Еду вводите подогретую, небольшими порциями (150-200 мл) 5 – 6 раз в сутки. Объем пищи постепенно увеличивайте до 450-500 мл, а количество вводов уменьшайте до 3-4 раз. После кормления пациента влейте небольшое количество воды для промывки трубки, резиновую трубку перекройте зажимом для предотвращения вытекания желудочного содержимого. Кожу вокруг гастростомы просушите стерильной салфеткой, смажьте цинковой мазью или пастой Лассара для предотвращения раздражения кожи и наложите стерильную сухую повязку. Зафиксируйте повязку полосками лейкопластыря, местоположение которых каждый раз меняйте с целью профилактики раздражения кожи.
4. Если фистула наложена на тонкую кишку, то за одну процедуру можно вводить не более 150 мл жидкой пищи.
5. В противном случае может наступить спазм мускулатуры тонкой кишки и выброс пищи через стому.

Эталон ответа

Задача 5

1. Да, т. к. кроме каловых масс у человека может выходить и моча.
2. Через стому малым размером это будет затруднительно, обычно выходит в виде пасты или жидкости. В иных случаях прибегают к ирригации.
3. Тщательный. А именно по методике ухода за кожей вокруг колостомы:
Смочите мягкую салфетку теплой водой и промокательными движениями очистите кожу от слизи и каловых масс. Если кожа

кажется вам чистой, все равно омойте ее. Для лучшего очищающего эффекта можно использовать специальные очистители, например «Клинзер». Тщательно просушите кожу. Для этого можно использовать полотенце или сухие салфетки. При необходимости или для профилактики мацерации, повреждения кожи, нанесите защитный крем или защитную пудру защитную пленку. Дайте защитному крему впитаться в кожу, и нанесите вокруг колостомы пасту-герметик (например «Колопласт»). Прикрепите калоприемник, согласно инструкции.

4. Временные колостомы при раке чаще накладывают при проведении передней резекции рака ректосигмоидного сегмента толстой кишки. Кроме того, колостомия как экстренная операция используется при ликвидации явлений кишечной непроходимости в различных сегментах толстой кишки, как правило, при непроходимости левой половины толстой кишки. Постоянная колостома на сигмовидную кишку или другой сегмент левой половины толстой кишки накладывается при проведении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака.
5. Ирригация (промывание кишки) проводится в тех случаях, когда возникает затруднение выхода из колостомы плотных каловых масс. При асцендостоме (выводится в правом боку, не путать с илеостомой) причин для проведения ирригации, как правило, не бывает, т.к. содержимое этой части кишечника еще не формируется в плотные каловые массы. Зато при сигмостоме ирригация должна проводиться часто.

Эталон ответа

Задача 6

1. Опасность развития осложнений со стороны швов.
2. Больные первые двое суток находятся на парентеральном питании, т. е. через рот ничего не получают.
3. Вводят больному белковые гидрализаты, физраствор, глюкозу, жировые эмульсии, сухую и свежемороженную плазму. По мере возможности белковая парентеральная составляющая составляет и постепенно увеличивается по 120-140 г в сутки. В вену нужно вводить достаточное количество жидкости (40мл/кг веса больного) и все необходимые компоненты, обеспечивающие поддержание на определенном достаточном уровне белкового, электролитного, углеводного, водного баланса организма.
4. Стерильный желудочный зонд вводится в желудок через нос или рот. Для введения пищи используется шприц Жане, который соединяют с наружным концом зонда, небольшими порциями вводят жидкую

теплую пищу (сливки, бульон, чай, кисель, яйца, слизистые супы, др.). После кормления зонд обычно удаляют, либо, если он проведен через нос, его можно оставить для последующих кормлений

5. Кормление пациента производится через свищ желудка. В свищ вводится прокипяченный толстый желудочный зонд, на наружный конец которого надевают стеклянную воронку. В воронку наливают теплую жидкую пищу, ее поднимают вверх и пища самотеком вводится в желудок. Эту процедуру делают вначале медперсонал, а затем - больной после соответствующего обучения его. Пищу вводят небольшими порциями вначале до 6 раз в день, а затем постепенно количество вводимой пищи увеличивают, а количество кормлений сокращают до 4 раз в день.

Эталон ответа

Задача 7

1. Пища должна быть механически и химически щадящей, легко перевариваемой, калорийной, богатой витаминами в охлажденном виде: сливочное масло, яйца всмятку, молоко, сливки, картофельное и овощное пюре, протертые каши, белый хлеб без корки, мясные кнели, фруктовые и овощные соки. Количество кормлений 4-5 раз в день. Через 7 дней диета может расширяться.
2. Нужно помнить, что в прямой кишке хорошо всасываются водно-электролитные растворы; аминокислоты, лекарственные препараты. Прямую кишку предварительно освобождают от кала при помощи очистительной клизмы, затем медленно вводят при помощи клизмы подогретый до 38°C раствор Рингера, 5% раствор глюкозы 0,85% раствор хлорида натрия, аминокептида не более 1 л в сутки.
3. При применении парентерального питания могут быть аллергические реакции, воспаление стенки вены, в которую вводятся растворы, попадание микроорганизмов в кровь больного.
4. Гастростоме — свище желудка — чаще всего накладывают при непроходимости пищевода (рак, рубцовые сужения в результате ожогов и др.). Через стому пища поступает непосредственно в желудок, минуя ротовую полость и пищевод.
5. Кормление пациента производится через свищ желудка. В свищ вводится прокипяченный толстый желудочный зонд, на наружный конец которого надевают стеклянную воронку. В воронку наливают теплую жидкую пищу, ее поднимают вверх и пища самотеком вводится в желудок. Эту процедуру делают вначале медперсонал, а затем - больной после соответствующего обучения его. Пищу вводят небольшими порциями вначале до 6 раз в день, а затем постепенно количество вводимой пищи увеличивают, а количество кормлений сокращают до 4 раз в день.

Эталон ответа

Задача 8

1. Медсестра поступила не правильно в двух случаях: она оставила пациентку без присмотра и попыталась вставить зонд обратно
2. Может привести к попаданию трубки не в желудок, а в свободную брюшную полость, что грозит развитием перитонита
3. Из свища на тонкой кишке (энтеростомы) оно будет жидким, а на дистальных отделах толстой — иметь вид оформленного кала (отделяемое из свища слепой кишки — цекостомы — довольно жидкое).
4. Больных с кишечными свищами следует часто перевязывать, чтобы предупредить раздражение и воспаление кожи вокруг свища. Повязку нужно накладывать так, чтобы она не сползала при движениях. Щепетильное соблюдение чистоты — обязательное условие при уходе за больными с кишечными свищами. После каждого опорожнения на выступающую слизистую кишки противоестественного заднего прохода хорошо положить салфетку, смоченную вазелиновым маслом, покрыть ее марлевыми салфетками и ватой. Укреплять повязку лучше бинтами или специальными бандажами. Применять клеол, пластырь не рекомендуется, так как при частой смене применение клеевых повязок ведет к раздражению кожи, дерматитам.
5. Мацерация кожи вокруг свища вызывает мучительные страдания пациента. Основной причиной разъедания тканей является переваривающее действие фермента поджелудочной железы, выделяющегося с кишечным содержимым (больше всего при тонкокишечных свищах).

Эталоны ответов по теме 14 «Уход за больными после операций на органах мочеполовой сферы»

Эталон ответа

Задача 1

1. 10 % раствор хлорида кальция внутривенно, Викасол, 10 % раствор желатина внутримышечно.
2. Следует провести оперативное вмешательство (раскрытие раны мочевого пузыря, наложение швов на кровоточащие сосуды ложа предстательной железы, тампонада его).
3. Может увеличиться опасность кровотечения из ложа предстательной железы.
4. Через 24-48 ч после операции.
5. Эти вмешательства, оказывая давление на стенку прямой кишки, могут вызвать или усилить кровотечение из ложа предстательной железы.

Эталон ответа

Задача 2

1. С помощью капельницы или инъекции дополнительно вводят лекарственные средства, способствующие сокращению матки и прекращению кровотечения.
2. Медсестра должна обращать внимание на общее состояние прооперированной, ее пульс, артериальное давление, цвет кожных покровов и слизистых, выделения из влагалища. На нижнюю часть живота на 1—2 ч кладёт пузырь со льдом.
3. Викасол, кальция хлорид.
4. На протяжении 2-3 недель.
5. Посоветовать ей надевать специальный поддерживающий бюстгальтер или обкладывать грудь мешочками со льдом.

Эталон ответа

Задача 3

1. Медсестра должна обращать внимание на общее состояние прооперированной, ее пульс, артериальное давление, цвет кожных покровов и слизистых, выделения из влагалища. На нижнюю часть живота на 1-2 часа кладёт пузырь со льдом.
2. В течение 2-6 недель.
3. Поднимать ноги пациентки, когда она лежит в постели.
4. Осторожно мыть область разреза мягким мылом и водой.
5. Ибупрофен, Напроксен.

Эталон ответа

Задача 4

1. Следует вводить под кожу 1%-ный раствор пантопона 0,6 мл.
2. Полезно насыщать организм жидкостями (например, физиологическим раствором с добавлением 5%-ного раствора глюкозы подкожно).
3. Регулярно (оптимально – через 2 часа) менять положение лежащего, если он сам не может это сделать, либо помогать ему повернуться самому. Для этой же цели можно пользоваться подсушивающими кремами и присыпкой.
4. Необходимо следить за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Для этого необходимо повернуть голову больного набок.
5. Подкожно ввести раствор кофеина.

Эталон ответа

Задача 5

1. Необходимо следить за тем, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Для этого необходимо повернут голову больного набок.
2. Подкожно ввести раствор кофеина.
3. Регулярно (оптимально – через 2 часа) менять положение лежащего, если он сам не может это сделать, либо помогать ему повернуться самому. Для этой же цели можно пользоваться подсушивающими кремами и присыпкой.
4. Полезно насыщать организм жидкостями (например, физиологическим раствором с добавлением 5%-ного раствора глюкозы подкожно).
5. Ибупрофен, Напроксен.

Эталон ответа

Задача 6

1. У больного почечная колика.
2. На поясничную область горячую грелку (t воды до 50 °С) или принять горячую ванну (температура воды 38-39 °С продолжительностью 10-20 мин).
3. По назначению врача больному вводят спазмолитические и анальгезирующие препараты.
4. Процесс образования и выделения мочи
5. Мочу собирают через каждые 3 ч в отдельную посуду. При этом отдельно учитывают дневной (с 6 до 18 ч и ночной (с 18 до 6 ч) диурез. В каждой порции определяют объем и с помощью урометра относительную плотность мочи. При снижении концентрационной функции почек плотность мочи снижается и отмечается монотонная относительная плотность мочи (1,007-1,012).

Эталон ответа

Задача 7

1. Предположительный диагноз - почечная колика.
2. На поясничную область горячую грелку (t воды до 50 °С) или принять горячую ванну (температура воды 38-39 °С продолжительностью 10-20 мин). Также, по назначению врача больному вводят спазмолитические и анальгезирующие препараты.
3. Метод неспецифической терапии, заключающийся во введении в ткани раствора новокаина.
4. При почечной колике применяют паранефральную новокаиновую блокаду.
5. При исследовании по методу Нечипоренко берут среднюю порцию мочи, в дальнейшем производят пересчет форменных элементов на 1 мл мочи.

Эталон ответа

Задача 8

1. Встречается при аденоме предстательной железы, в послеродовом периоде, после хирургической операции, при нарушении нервной регуляции функций мочевого пузыря вследствие заболеваний или повреждений нервной системы.
2. Подкожное введение 1 мл 0,05%-ного раствора Прозерина.
3. Катетеризация мочевого пузыря у женщин производится с помощью резинового катетера, у мужчин — резинового или металлического катетера с соблюдением правил асептики и антисептики.
4. Прибегают к надлобковой пункции мочевого пузыря или наложению искусственного отверстия (цистостомии) с введением цистостомической трубки.
5. Повреждена уретра, сдавлена аденомой или опухолью предстательной железы

Эталон ответа

Задача 9

1. Рентгенологическое исследование, ультразвуковое исследование.
2. В течение 3 дней перед обследованием больной соблюдает бесшлаковую диету с исключением продуктов, богатых клетчаткой. Вечером накануне и утром в день исследования ставят очистительную клизму.
3. Мочу собирают утром за 10 часов (больной мочится последний раз накануне вечером), причем у женщин для сбора мочи используют катетер. Из общего количества берут порцию и центрифугируют. Форменные Элементы осадка подсчитывают под микроскопом. Нормальное содержание форменных элементов в моче по Аддису — Каковскому—эритроцитов до 1 млн, лейкоцитов до 2 млн, цилиндров до 20 тыс.
4. При исследовании по методу Нечипоренко берут среднюю порцию мочи, в дальнейшем производят пересчет форменных элементов на 1 мл мочи.
5. Мочу собирают через каждые 3 ч в отдельную посуду. Причем раздельно учитывают дневной (с 6 до 18 ч и ночной (с 18 до 6 ч) диурез. В каждой порции определяют объем и с помощью урометра относительную плотность мочи. При снижении концентрационной функции почек плотность мочи снижается и отмечается монотонная относительная плотность мочи (1,007-1,012).

Эталон ответа

Задача 10

1. Процесс образования и выделения мочи
2. Колеблется в пределах от 1 л до 1800 мл

3. У больных с сердечной недостаточностью при нарастании отеков, остром воспалении клубочков почек (остром гломерулонефрите), отравлении нейротоксичными ядами. Полное прекращение поступления мочи называется анурией, что встречается при шоке, тяжелой травме, отравлении солями тяжелых металлов, нарушении оттока мочи из почечных лоханок и мочеточников (вследствие сдавления мочеточников опухолью или обтурации их просвета камнем).
4. Бывает при приеме большого количества жидкости, лечении мочегонными препаратами, сахарном и несахарном диабете. Болезненные учащенные и затрудненные мочеиспускания объединяются названием дизурические расстройства.
5. При проведении общего анализа мочи учитывают ее цвет, прозрачность, запах, реакцию, удельный вес. При химическом исследовании мочи определяют наличие в ней белка (его появление в моче носит название протеинурии), сахара (глюкозурия), кетоновых тел (кетонурия), билирубина и уробилина (билирубинурия и уробилинурия).

Эталон ответов по теме 15 «Уход за травматологическими больными и пациентами после операций на позвоночнике»

Эталон ответа

Задача 1

1. Закрытая травма шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга.
2. Рентгеновские снимки шейного отдела позвоночника, груди, головы, консультация невропатолога.
3. На постели на шее наложить больному манжеточное вытяжение за голову, назначить анальгетики, препараты для улучшения реологии крови, против отечную терапию, вызвать на консультацию нейрохирурга-вертебролога.
4. Транспортировка с шейным ватно-марлевым воротником в положении лежа.
5. В случае перелома шейных позвонков, подвывиха показано оперативное лечение – декомпрессия спинного мозга и передний спондилодез, при выписке из стационара торакокраниальная гипсовая повязка.

Эталон ответа

Задача 2

1. Закрытый компрессионный перелом тела 3 поясничного позвонка.
2. Лишение трудоспособности на 4-6 мес. Продолжительность реабилитации - 8-10 недель

3. Подготовка к транспортировке пациента в лечебное учреждение.
4. Лечение: функциональный метод - вытяжение на кровати
5. Различают следующие виды анестезии: поверхностную (местную), проводниковую, региональную анестезию и общее обезболивание

Эталон ответа

Задача 3

1. Пролежни
2. Этапы обработки пролежней: медсестра моет руки, пузыри смачивают спиртовым раствором бриллиантового зеленого, затем накладывают сухую повязку. Когда некроз ограничивается, омертвевшие ткани удаляют и рану закрывают стерильной салфеткой, смоченной 1% раствором перманганата калия. Повязку меняют 2-3 раза в день. По мере очищения переходят на повязки с мазью Вишневского, синтомициновой эмульсией.
3. Общий уход за больным - мытье больного, перестилание, уход за волосами, подмывание больных, профилактика пролежней.
4. Определяется наличие перистальтики, отхождение газов, наличие стула.
5. Ежедневный осмотр тяжелых пациентов, перестилание больных, обработка кожных покровов раствором перманганата калия, камфорным спиртом, массажи, смена положения пациента (по возможности), применение ортопедических (противопротележных) матрасов.

Эталон ответа

Задача 4

1. Каждый больной получает от врача особое разрешение на перемену режима: в разные сроки разрешают присаживаться, вставать. В основном после непустых операций средней тяжести, при хорошем самочувствии больной может вставать около кровати на другой день. Сестра должна проследить за первым вставанием больного с постели, не разрешать ему самостоятельно выходить из палаты.
2. Нельзя переводить больного в сидячее и вертикальное положение, пытаться наклонить голову. Больного осторожно перекалывают на носилки (на спину), голову помещают на плотный валик, сделанный из одежды, или резиновый круг. При наличии специальных самоотвердевающих носилок фиксируют голову и шею пациента. Пострадавшего госпитализируют в травматологическое, нейрохирургическое (при повреждении спинного мозга) или реанимационное отделение.
3. Повреждения позвоночника либо в грудном, либо в поясничном отделах

4. Если перелом позвоночника не сопровождается повреждением спинного мозга, пострадавшего укладывают на спину на кровать. Под матрац предварительно помещают деревянный щит. Под поясничную область подкладывают валик в виде мешочка с песком. Под головой больного должна быть плоская подушка. В дальнейшем осуществляют общий уход за пострадавшим, дают обезболивающие препараты внутрь (анальгин по 0,5 г 3 раза в день).
5. Важным для предупреждения легочных осложнений является защита больного от охлаждения во время доставки из операционной в палату. Его нужно укрыть, укутать, так как в операционной температура воздуха выше, чем в коридорах, а при транспортировке возможно воздействие сквозняков. Для профилактики осложнений со стороны органов дыхания необходимо принять активные меры для улучшения дыхательного процесса: поставить банки на грудь, спину. Сразу же после пробуждения от наркоза нужно заставить больного периодически производить глубокие вдохи и выдохи, движения верхних и нижних конечностей. Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту необходимость и безопасность глубокого дыхания. Больным предлагают надувать резиновые шары, откашливаться. При кашле больной должен положить руку на область раны и, придерживая ее, согнуть колени.

Эталон ответа

Задача 5

1. С момента поступления больного из операционной в палату начинается послеоперационный период, который продолжается до выписки из больницы. В этот период медицинская сестра должна быть особенно внимательна. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений.
В зависимости от общего состояния прооперированного, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.).
Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон.

2. Больного после наркоза укладывают в теплую постель на спину с повернутой головой или на бок (чтобы предупредить западение языка) на 4-5 часов без подушки, обкладывают грелками. Будить больного не следует.

Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4-5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом. Применение тяжести и холода на оперированную область приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боли, предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией. До тех пор, пока больной не проснется и не придет в сознание, медицинская сестра должна находиться около него неотступно, наблюдать за общим состоянием, внешним видом, артериальным давлением, пульсом, дыханием.

3. Обеспечив больной достаточное обезболивание, следует проводить профилактику пролежней.

Профилактика пролежней:

- 1) Проводить осмотр частей тела, подверженных, образованию пролежней, не менее, чем один раз в день.
 - 2) Изменять положение тела больного через каждые 2 часа.
 - 3) Следить за чистотой постели, чтобы не было крошек, складок, сырости (чистое, сухое бельё).
 - 4) Проводить обтирание водой и делать массаж подлежащих участков тела.
 - 5) Обрабатывать кожу подлежащих участков антисептиками (камфорным спиртом).
 - 6) Использовать подкладные резиновые круги, покрытые пелёнкой (под крестец), ватно-марлевые кружки или поролоновые прокладки под локти и пятки.
 - 7) Использовать противопролежневый матрац (матрац с постоянно меняющимся давлением в отдельных секциях).
 - 8) Обеспечить правильным (рациональным) питанием пациента.
4. Введение наркотических и болеутоляющих средств имеет большое значение для усиления глубины дыхания. С целью улучшения кровообращения и предупреждения послеоперационных легочных осложнений больной получает камфорное масло по 2—3 мл до 3—4 раз в сутки (обязательно в подогретом виде). В палате для тяжелых послеоперационных больных постоянно должны находиться баллон с кислородом, отсос.
 5. В первые 2-3 часа после наркоза больному не дают ни пить, ни есть. При появлении рвоты голову больного поворачивают на бок, ко рту подставляют лоток или подкладывают полотенце, из полости рта удаляют рвотные массы с тем, чтобы не произошли аспирация

(попадание в дыхательные пути), а в последующем — ателектаз легких. По окончании рвоты рот протирают влажным тампоном. При рвоте после наркоза эффект оказывает введение под кожу 1—2 мл 2,5 % раствора Аминазина, 1 мл 2,5 % раствора Дипразина

Эталон ответа

Задача 6

1. Осложнения заживления переломов: посттравматический остеомиелит, образование ложного сустава, неправильное срастание перелома кости с нарушением функции конечности, тугоподвижность сустава, мышечные контрактуры, нарушение венозного оттока, артериального кровоснабжения и иннервации.
2. При повреждении позвоночника транспортировка осуществляется на деревянном щите (или жестких носилках) в положении на спине. При наличии только мягких носилок — на животе
3. При переломе костей таза пострадавшего укладывают на спину на щит или жесткие носилки, под колени подкладывают валик из одеяла или одежды, колени несколько разводят в стороны (так называемая «поза лягушки»).
4. Подготовка гипсовых бинтов, замачивание бинтов, подготовка лонгет, наложение повязки, сушка.
5. Метод применим при простых закрытых переломах без значительного смещения отломков или при возможности легкого его устранения (простые переломы костей голени и предплечья, переломы лодыжек, костей кисти и стопы, фаланг пальцев и пр.).

Эталон ответа

Задача 7

1. Нет, в данном случае одномоментная закрытая ручная репозиция не удастся.
2. Метод скелетного вытяжения
3. Для осуществления тяги за периферический отломок обычно используют спицу Киршнера и скобу ЦИТО. Спицу проводят с помощью ручной или электрической дрели, а затем фиксируют к скобе.
4. Обычно усложняется: под здоровую ногу подкладывают деревянный ящик для упора, при смене нательного и постельного белья, подаче судна, младшая сестра должна помнить о неподвижности в зоне перелома.
5. Безусловными достоинствами метода скелетного вытяжения являются точность и контролируемость постепенной репозиции, что позволяет устранить сложные виды смещения отломков. Имеется возможность следить за состоянием конечности, открытой во время всего процесса лечения, а также движений в суставах конечности (резко снижается опасность развития контрактур и тугоподвижности). Кроме того, метод

позволяет лечить раны на конечности, применять физиотерапевтические методы лечения, массаж.

Недостатками лечения скелетным вытяжением являются:

Инвазивность (возможность развития спицевого остеомиелита, отрывных переломов, повреждения нервов и сосудов).

Определенная сложность метода.

Необходимость в большей части случаев стационарного лечения и длительного вынужденного положения в постели.

Эталон ответа

Задача 8

1. Нет
2. Медицинская сестра и лечащий врач
3. Больные находятся в постели на щите в положении «лягушки»: подкладывают валик под согнутые в коленных и тазобедренных суставах ноги так, чтобы колени были разведены в стороны, а пятки помещались вместе. При повреждении мочевыводящих путей накладывается надлобковый свищ мочевого пузыря
4. Основу лечения всех травм черепа и головного мозга составляет абсолютный покой – строгий постельный режим. Помимо медикаментозного лечения, большое значение придается местному охлаждению головы для борьбы с отеком головного мозга. Чаще всего применяют пузырь со льдом, который, кладут на лобную и теменную области головы на 20–30 мин с перерывами на 10 мин. Если имеются нарушения дыхания, то лечением занимается анестезиолог-реаниматор.
5. Посттравматический остеомиелит, образование ложного сустава, неправильное сращение перелома кости с нарушением функции конечности, тугоподвижность сустава, мышечные контрактуры, нарушение венозного оттока, артериального кровоснабжения и иннервации.

Эталоны ответов по теме 16 «Транспортная иммобилизация больных. Транспортировка пострадавших»

Эталон ответа

Задача 1

1. Признаками желудочно-кишечного кровотечения являются – резкое ухудшение самочувствия, бледность кожных покровов, падение артериального давления, кровавая рвота, мелена.
2. Транспортировать пациента в отделение следует только на каталке.
3. Неотложная помощь заключается, в обеспечении полного покоя пациенту, запрещается прием пищи и жидкости, на область эпигастрия кладут пузырь со льдом, проводят постоянный контроль частоты и наполнения пульса и уровня АД.

4. Осуществляется санитаром под контролем медицинской сестры.
5. Заправить ее одеялом и простыней с таким расчетом, чтобы в последующем ими можно было укрыть больного, положить подушку, а при необходимости использовать клеенку и пеленку;
 - поставить каталку под углом к изголовью кушетки или другим способом, более удобным в данной ситуации;
 - приподнять пациента (медсестра подводит руки под шею и туловище, а ее помощница - под поясницу и ноги);
 - положить пациента на каталку и убедиться, что ему удобно лежать;
 - укрыть пациента второй половиной простыни и одеяла;
 - встать у каталки: помощница впереди каталки, а медицинская сестра сзади, лицом к пациенту.

Эталон ответа

Задача 2

1. Синдром «острого живота» (острый аппендицит).
2. Холод, голод и покой.
3. Транспортировка, лежа на носилках.
4. Носилки, одеяло, простыня, подушка.
5. По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед.

Эталон ответа

Задача 3

1. Перелом в области лучевой кости.
2. Транспортная иммобилизация (наложить шину от кончиков пальцев до середины плеча, косыночную повязку).
3. По возможности дать обезболивающие средства.
4. Транспортировка в травмпункт.
5. Транспортировка пешком в сопровождении.

Эталон ответа

Задача 4

1. По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед. Исключение — острая кровопотеря, очень низкое артериальное давление. В этом случае поступают наоборот.
2. Да, т.к. находится в бессознательном состоянии и требует транспортировку в операционный блок.
3. Носилки, одеяло, простыня, подушка.
4. Больных, находящихся в бессознательном состоянии, из-за угрозы западения языка транспортируют в устойчивом боковом положении
5. В холодное время года следует надеть на больного головной убор, укутать ноги.

Эталон ответа

Задача 5

1. Уменьшение болевого синдрома; профилактика шока и жировой эмболии; создание оптимальных условий покоя при транспортировке пострадавшего.
2. Сделать транспортную иммобилизацию.
3. Шина.
4.
 - 1) Транспортная шина должна быть удобной для пострадавшего, не причинять ему дополнительных болевых ощущений;
 - 2) При наличии показаний к транспортной иммобилизации она должна быть как можно более ранней;
 - 3) Одежда и обувь на пострадавшем не препятствуют транспортной иммобилизации и служат мягкой прокладкой под шину. Накладывать повязку на рану можно через окно, вырезанное в одежде;
 - 4) Перед транспортной иммобилизацией проводится обезболивание;
 - 5) При наличии раны ее следует закрыть асептической повязкой до наложения шины;
 - 6) при необходимости применения кровоостанавливающего жгута последний накладывается на конечность до осуществления обездвиживания и таким образом, чтобы его можно было снять, не нарушая иммобилизации;
 - 7) перед наложением шины необходимо предварительно от моделировать под размер и форму поврежденной конечности;
 - 8) шину нужно покрывать ватно-марлевыми прокладками для того, чтобы она не оказывала сильного давления на мягкие ткани, особенно в области костных выступов, а также на крупные кровеносные сосуды и нервные стволы;
 - 9) при переломах длинных трубчатых костей обязательно должны быть зафиксированы минимум два сустава, смежные с поврежденным сегментом конечности;
 - 10) конечность следует иммобилизовать в среднем физиологическом положении, при котором мышцы-антагонисты расслаблены в одинаковой степени;
 - 11) надежная иммобилизация достигается при преодолении физиологического и эластического сокращения мышц поврежденного сегмента конечности. Вытяжение, которое весьма желательно при транспортной иммобилизации, не преследует цели полного расслабления мышц и репозиции костных отломков. Предусматривается лишь более или менее адекватное противодействие мышечному сокращению и частичная репозиция отломков;
5. Существуют следующие виды гипсовых повязок:
 - 1) циркулярная;
 - 2) лангетная;
 - 3) лангетно-циркулярная;

- 4) окончатая;
- 5) мостовидная;
- 6) шарнирная;
- 7) этапная;
- 8) тутор;
- 9) гипсовый корсет;
- 10) гипсовая кровать

Эталон ответа

Задача 6

1. В данной ситуации у девушки наблюдается ушиб в области коленного сустава.
2. Ушибом (contusio) называется закрытое механическое повреждение мягких, тканей и органов без видимого нарушения их анатомической целостности.
3. Для уменьшения развития гематомы и травматического отека как можно раньше следует местно применить холод и покой. Для этого к месту повреждения прикладывают пузырь со льдом, который желательно держать в течение 12-24 часов с перерывами через 2 часа по 30-40 минут. При спортивных травмах с той же целью применяют опрыскивание кожи в области повреждения хлорэтилом. При повреждении конечности ее можно поместить под холодную проточную воду, забинтовать мокрым бинтом. Для уменьшения движений при ушибах в области суставов накладывают давящую повязку (как можно раньше от момента получения травмы). Для уменьшения отека применяют возвышенное положение конечности.
4. В некоторых случаях при образовании больших гематом, особенно глубоких, их пунктируют, после чего накладывают давящую повязку. Пункции в ряде случаев приходится повторять.
5. Растяжение обычно встречается при резком, внезапном движении, а нарушение функции сустава выражено еще в большей степени, чем при ушибе

Эталон ответа

Задача 7

1. Разрыв связок
2. Вывихом (luxatio) называется стойкое полное смещение суставных концов костей, при котором утрачивается возможность соприкосновения суставных поверхностей.
3. Первая помощь при вывихе заключается в транспортной иммобилизации и введении анальгетиков при выраженном болевом синдроме. Для вправления вывиха пострадавшего как можно быстрее

следует доставить в травматологический пункт или приемный покой больницы, имеющей дежурную травматологическую службу.

4. Вправление вывиха должен производить специалист – врач-травматолог
5. После вправления вывиха производят иммобилизацию в среднем на 2-3 недели. Для этого используют гипсовые повязки или лонгеты. Через несколько дней они могут быть заменены на косыночную повязку (для плеча) или другие способы мягкой иммобилизации. Через 1-2 недели при сохранении мягкой иммобилизации начинают постепенные движения в суставе, проводят курс лечебной физкультуры. Полное излечение наступает через 30-40 дней, а возможность полной нагрузки достигается через 2-3 месяца.

Эталон ответа

Задача 8

1. Закрытый перелом бедренной кости.
2. Рентгенография бедренной кости
3. Неосторожность при перекладывании и транспортировке вызывает резкие боли и смещение отломков. Поднимая пострадавшего, нужно удерживать руками отломки и вытягивать конечность по длине для меньшего их смещения. Транспортная иммобилизация позволяет уменьшить воздействие на пациента неблагоприятных последствий перелома.
4. Способы:
Аутоиммобилизация – бинтование поврежденной нижней конечности пострадавшего к здоровой или верхней конечности к туловищу.
Иммобилизация с помощью подручных средств (импровизированными шинами) – использование палок, досок, кусков фанеры, лыж, картона, зонтика и пр. в качестве жесткого предмета, к которому фиксируют поврежденную конечность.
Иммобилизация с помощью стандартных транспортных шин – наилучший способ транспортной иммобилизации.
5. Проволочная шина типа Крамера. Благодаря возможности придать шине любую форму (моделирование) получила широкое распространение при повреждениях верхних и нижних конечностей, головы и шеи.
Шина Еланского используется при повреждении головы и шеи.
Пневматические шины и шины из пластмассы получили широкое применение при повреждениях голени и предплечья.
Шина Дитерихса используется при повреждении нижней конечности.

Эталоны ответов по теме 17 «Уход за больными после операций на сосудах и сердце»

Эталон ответа

Задача 1

1. Нагноение раны, кровотечение.
2. В первые 5-7 суток большинство хирургов рекомендует ограничение режима ходьбы, постельный режим с приподнятой (на подушке) конечностью. Назначают антибиотики, антикоагулянты прямого (гепарин) и непрямого действия, угнетающие образование белкового фактора свертывания крови (фенилин, пелентан и др.).
3. Атеросклероз, коагулопатии, возрастные пациенты
4. Замедление кровотока, изменения в стенке вены приводят к адгезии тромбоцитов на стенку сосуда, развивается тромб.
5. Правильное питание, ЗОЖ, активность.

Эталон ответа

Задача 2

1. Кровотечение из места пункции, ОПН, развитие аритмий
2. Необходимы динамические наблюдения (измерение ЧСС, АД, ЧДД, диуреза), а так же общий гигиенический уход за хирургическим больным после операции.
3. Ишемия возникает вследствие недостатка кислорода из-за неадекватной перфузии. Этиология ишемической болезни сердца очень разнообразна. Общим для различных форм ишемической болезни сердца является нарушение работы сердечной мышцы. Из-за несоответствия между снабжением миокарда кислородом и потребностью в нем. Наиболее частой причиной ишемии миокарда являются атеросклеротические изменения эпикардальных венечных артерий, которые приводят к сужению этих артерий, что обуславливает уменьшение перфузии миокарда в состоянии покоя или ограничение возможности адекватного возрастания перфузии миокарда, когда появляется потребность в ее увеличении. Коронарный кровоток уменьшается также при наличии тромбов в венечных артериях, при возникновении спазма в них, иногда - при эмболии венечных артерий, сужении их сифилитическими гуммами.
4. Патогенез ИБС складывается из ряда факторов: прогрессирование атеросклероза, нарушения местной саморегуляции кровотока и гипертрофии миокарда. Появление и прогрессирование заболевания сопровождается патологической перестройкой стенки коронарных артерий, внутримиекардиальных артерий и кардиомиоцитов. Прогрессирование атеросклероза приводит к гипоксии кардиомиоцитов и их гипертрофии. Другой важный фактор патогенеза ибс дислипидемия, которая и определяет появление и дальнейшее прогрессирование атеросклероза, прежде всего нарушает микроциркуляцию и местную систему регуляции кровотока в миокарде. Еще одно важное звено патогенеза ИБС это активация вегетативной нервной системы, которая является фактором развития

гипертонической болезни и очень часто сопровождает течение атеросклероза и ишемической болезни сердца, приводя к нарушениям регуляции кровотока в миокарде и спазму коронарных артерий. Многие считают, что гипертрофия миокарда это проявления гипертонической болезни, но это не совсем так, даже при ее отсутствии уже через несколько месяцев после появления первых приступов стенокардии, прогрессирующе развивается гипертрофия всех отделов сердца в следствии тканевой гипоксии.

5. Повышение физической активности, отказ от табака, переход на систему здорового питания и улучшение эмоционального фона. Кроме того, разумеется, важны регулярные профилактические визиты к кардиологу и своевременное лечение заболеваний, которые могут спровоцировать развитие ИБС (прежде всего, это гипертоническая болезнь, сахарный диабет и различные формы атеросклероза).

Эталон ответа

Задача 3

1. Тромбозы, инфекция послеоперационной раны
2. Уход за раной заключается в следующем: необходимо максимально ограничить контакт больного с окружающими, с целью уменьшения риска попадания инфекции, следить за повязкой (проверять наличие отделяемого) и за состоянием швов.
3. Антиагреганты пожизненно, антикоагулянты.
4. Диспансеризация (первые 6мес. 2 раза в месяц, след. Год 1 раз в месяц, затем 1 раз в 6-12мес. ЭХОКГ каждые 6 мес.)
5. Контроль МНО, прием антикоагулянтов, избегать чрезмерной физической нагрузки.

Эталон ответа

Задача 4

1. Кровотечения послеоперационные, ОПН, ишемия нижних конечностей в следствие тромбоза.
2. Уход за раной заключается в следующем: необходимо максимально ограничить контакт больного с окружающими, с целью уменьшения риска попадания инфекции, следить за повязкой (проверять наличие отделяемого) и за состоянием швов.
3. УЗИ с цдк, Аортография, МРТ, КТ.
4. Перенесенный им 3 мес. назад, нарушение мозгового кровообращения.
5. По месту жительства у хирурга, терапевта, возможно невролога.

Эталон ответа

Задача 5

1. Грозное осложнение тромбоза вен нижних конечностей.
2. Антиагрегантная терапия, тугое бинтование.

3. Уход за раной заключается в следующем: необходимо максимально ограничить контакт больного с окружающими, с целью уменьшения риска попадания инфекции, следить за повязкой (проверять наличие отделяемого) и за состоянием швов.
4. Патогенез ТЭЛА (отрыв тромба из системы вен нижних конечностей и закупорка им легочной артерии).
5. Больной наблюдается у сосудистого хирурга и терапевта поликлиники.

Эталон ответа

Задача 6

1. У больного наличие приступов стенокардии, возникающих вследствие ишемии миокарда на фоне спазма или атеросклероза коронарных артерий.
2. Приступы стенокардии требуют неотложной терапии, поскольку при длительном ее течении возможен переход в инфаркт миокарда.
3. При приступе стенокардии больному необходимо обеспечить полный покой, дать нитроглицерин (таблетку или 1-3 капли спиртового раствора на сахар, под язык), который быстро устраняет спазм коронарных артерий. Хороший эффект может принести и постановка горчичников на левую половину грудной клетки.
4. Боли в области сердца при инфаркте значительно интенсивнее и продолжительнее, чем при стенокардии, сопровождаются общей слабостью, страхом смерти. Иногда при инфаркте миокарда отмечаются удушье, сильные боли в подложечной области, расстройство сердечного ритма, нарушение мозгового кровообращения. Больным с инфарктом миокарда необходима срочная госпитализация в первые же часы заболевания.
5. При поступлении в стационар больные сразу же направляются в палату интенсивной терапии (кардиореанимацию) без санитарной обработки

Эталон ответа

Задача 7

1. Сердечная астма
2. Возникает при значительном застое крови в малом круге кровообращения
3. Если больному в этот период не будет оказана помощь, приступ сердечной астмы может перерасти в отек легких, появится kloкочущее дыхание, выделение большого количества пенистой мокроты. Отек легких при отсутствии лечебных мероприятий может закончиться смертью больного.
4. Уход за таким пациентом заключается в придании ему полусидячего положения, применении горячих ножных ванн или наложении жгута на нижние конечности, отсасывании пенистой мокроты из верхних дыхательных путей, ингаляции кислорода вместе с парами этилового спирта. Усиление сократительной способности миокарда достигают с помощью сердечных гликозидов (строфантина, дигоксина и др.), а

уменьшение объема циркулирующей крови — при использовании мочегонных препаратов (лазикса).

5. Помощь больным с кардиогенным шоком состоит в снятии болевых ощущений (введение лекарственных наркотических средств); повышении артериального давления (введение норадреналина, мезатона); усилении сократительной способности миокарда (назначение сердечных гликозидов); повышении объема циркулирующей крови (внутривенное вливание полиглюкина, реополиглюкина и др.).

Эталон ответа

Задача 8

1. Характеризуется постепенным ослаблением сократительной способности миокарда и проявляется нарастающей одышкой (в начале при физической нагрузке, а затем и в покое), цианозом, тахикардией, периферическими отеками, увеличением печени в результате венозного застоя.
2. Нет, больная должна соблюдать постельный режим. Чтобы уменьшить застой в малом круге кровообращения, больной необходимо придать в постели положение с приподнятым изголовьем.
3. Ежедневно отмечают частоту дыхания, пульса, уровень артериального давления, при этом результаты измерения записывают в температурный лист. Следует регулярно контролировать динамику отеков. Ежедневно учитывают количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (диурез). Контроль динамики отеков можно проводить и с помощью регулярного взвешивания больных. В целях борьбы с отеками больным ограничивают прием жидкости (до 800 мл — 1 л в день), а также употребление поваренной соли
4. Характеризуется падением сосудистого тонуса.
5. Коллапс.

Эталоны ответов по теме 18 «Временные методы остановки кровотечения»

Эталон ответа

Задача 1

1. Артериальное
2. Сдавление в ране
3. Пальцевое прижатие
4. Жгут накладывается выше кровотечения
5. Возвышенное положение конечности

Эталон ответа

Задача 2

1. Венозное
2. Сдавление в ране

3. Давящая повязка
4. Стерильные салфетки туго приматываются к месту кровотечения
5. Возвышенное положение конечности

Эталон ответа

Задача 3

1. Артериальное
2. Сдавление в ране
3. Пальцевое прижатие, потом желательна давящая повязка
4. Жгут накладывается выше кровотечения
5. Возвышенное положение конечности

Эталон ответа

Задача 4

1. Артериальное
2. Сдавление в ране
3. Прижатие в местах сгиба, где артерия на поверхности.
4. Жгут накладывается в редких случаях: травматическая ампутация конечности (т.е. оторвало руку или ногу) и невозможность остановить кровотечение вышеперечисленными средствами
5. Понижение температуры

Эталон ответа

Задача 5

1. Капиллярное
2. Приложение салфеток
3. Рыхло тампонировать раневую поверхность стерильными салфетками с 3% перекисью водорода.
4. Обязательна
5. Использовать мохнатую ткань нельзя, так как на ее ворсинках множество бактерий, вызывающих заражение раны.

Эталон ответа

Задача 6

1. Да
2. Внутреннее явное – это кровотечения, при которых кровь через какой-то промежуток времени появляется снаружи
3. Внутренние скрытые кровотечения – это кровотечения, при которых кровь изливается в замкнутые полости, не сообщающиеся с окружающей средой, и потому глазом не видна. Примеры: haemoperitoneum (истечение крови в брюшную полость), haemothorax (в грудную), haemopericardium (в полость перикарда), haemarthrosis (в полость сустава).

4. Кровотечение (haemorrhagia) – это истечение (выхождение) крови из просвета кровеносного сосуда вследствие его повреждения или нарушения проницаемости его стенки.
5. В тех случаях, когда излившаяся кровь вызывает расслоение окружающих тканей, раздвигает органы и в результате этого образуется искусственная полость, заполненная кровью.

Эталон ответа

Задача 7

1. Лечебные мероприятия: догоспитальный этап - временная остановка кровотечения (пальцевое прижатие, наложение жгута), противошоковая терапия (инфузионная терапия, наркотические анальгетики);
2. В стационаре показана хирургическая обработка раны, наложение сосудистого шва или лигирование поврежденных сосудов.
3. Артериальное – кровь ярко алого цвета, вытекает быстро, под давлением, пульсирующей струей.

Венозное – кровь вишневого цвета, вытекает медленно, непрерывной струей.

Капиллярное – кровь темно-красного цвета, вытекает на поверхность тканей общей массой, отдельных кровотокающих сосудов не видно.

Паренхиматозное – наблюдается при повреждении паренхиматозных органов (печени, селезенки, почек, легких); по сути является капиллярным кровотечением, но опаснее последнего, так как сосуды этих органов не спадаются вследствие анатомического строения (связаны со стромой органа).

4. Снижение объема циркулирующей жидкости.
5. При кровотечении в замкнутую полость возможно сдавление кровью органов этой полости (легкие, сердце, головной мозг) и нарушение их функции, что создает прямую угрозу для жизни больного.

Эталон ответа

Задача 8

1. Позднее вторичное кровотечение.
2. Вторичное позднее (более 4-5 суток после повреждения) связано с деструкцией сосудистой стенки в результате развития в ране инфекционного процесса.
3. Легкая степень – потеря до 10-12% ОЦК (500-700 мл),
Средняя степень – потеря до 15-20% ОЦК (1000-1400 мл),
Тяжелая степень – потеря 20-30% ОЦК (1500-2000 мл),
Массивная кровопотеря – потеря более 30% ОЦК (более 2000 мл).
4. Веноспазм, приток тканевой жидкости, тахикардия, олигурия, гипервентиляция, периферический артериолоспазм.
5. Снижение объема циркулирующей жидкости.

Эталоны ответов по теме 19 «Уход за больными после операций на лёгких».

Эталон ответа

Задача 1

1. Для лучшего стока бронхиального секрета
2. Герметично
3. Применяем легкую наклейку на рану, чтобы не сдавить здоровую половину грудной клетки и чтобы лучше наблюдать за раной.
4. Делают разрез кожи и подкожной клетчатки над рукояткой грудины и вставляют стеклянный дренаж, направляя его к трахее.
5. Включает профилактику инфекции, так как из раны она легко проникает в плевральную полость и нередко вызывает вторичную эмпиему. При малейших признаках инфекции кожные швы раны должны быть частично сняты, чтобы обеспечить выход гноя наружу, иначе он попадет в плевральную полость.

Эталон ответа

Задача 2

1. В послеоперационном периоде больной должен быть обеспечен постоянной подачей кислорода.
2. По выходе из наркоза ему придают полусидящее положение.
3. Дыхательную гимнастику
4. Показатели долговременной выживаемости колеблются от 10 до 50%
5. Внимательно следят за состоянием пульса, артериального давления, частотой дыхания и за общим видом больного.

Эталон ответа

Задача 3

1. Тяжелые нагрузки вредны не только в первые месяцы после операции, но и в первые год-два. Нагрузка не должна усиливать сердцебиение, вызывать одышку, переутомление.
2. Больного выписывают из стационара на 10-12-е сутки после операции
3. Социальная профилактика: повышение жизненного уровня; улучшение условий труда и быта.

Санитарная профилактика: санация очагов туберкулезной инфекции; санитарный и ветеринарный надзор; санитарно-просветительная работа; раннее выявление и адекватное лечение больных туберкулезом. Санитарная профилактика проводится в очаге туберкулезной инфекции.

Специфическая профилактика: вакцинация и ревакцинация всего населения;

Химиопрофилактика: противотуберкулезными препаратами детей и подростков, находящихся в контакте с больным туберкулезом и излеченных от туберкулеза с целью предупреждения рецидива.

4. Уход как за лихорадящим больным
5. Обеспечение больного диетой, способствующей повышению защитных сил организма, богатой белками и витаминами (мясо, рыба, творог, фрукты, овощи, соки), животные белки должны составлять в рационе не менее половины общего количества белков, питание пятиразовое.

Эталон ответа

Задача 4

1. Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов
2. Обеспечьте больному полный физический покой. Усадите подопечного в кровати в полусидящем положении с наклоном в пораженную сторону, для того чтобы избежать попадания крови в здоровое легкое. На пораженную половину грудной клетки положите пузырь со льдом. Дайте пациенту мелкие кусочки льда для проглатывания, это приводит к рефлекторному спазму и уменьшению кровенаполнения кровеносных сосудов легких. Кровохарканье, а тем более, легочное кровотечение сопровождается бурной эмоциональной реакцией страха как самого больного так и его близких, особенно если оно возникло впервые. Успокойте подопечного и его близких, вселив уверенность в отсутствии реальной опасности для жизни. Используйте постельное и нательное белье, а также платки и полотенца не белого, а темных цветов, например, зеленого, на которых кровь не так заметна и выглядит темными, а не красными пятнами для уменьшения эмоциональной реакции со стороны больного и его близких. Дайте пациенту назначенные врачом противокашлевые средства, если кровохарканье или легочное кровотечение сопровождается кашлем. Кормите подопечного только холодной и полужидкой пищей, т.к. воздействие высокой температуры может спровоцировать усиление кровотечения. До осмотра врачом больному нельзя двигаться и разговаривать.
3. За пульсом, давлением, температурой
4. Обеспечение больного диетой, способствующей повышению защитных сил организма, богатой белками и витаминами (мясо, рыба, творог, фрукты, овощи, соки), животные белки должны составлять в рационе не менее половины общего количества белков, питание пятиразовое
5. Если состояние больного за время наблюдения ухудшается, необходимо информировать об этом дежурного врача. В этот период больному необходимо давать высококалорийную и легкоусвояемую пищу в жидком или полужидком виде небольшими порциями 5—6 раз в сутки, обильное питье (фруктовые и ягодные соки, морсы,

минеральную воду). У больных возникает сухость во рту, образуются трещины на губах, поэтому необходимо периодически протирать полость рта слабым раствором гидрокарбоната натрия и смазывать губы любым жиром

Эталон ответа

Задача 5

1. Помогают мочиться, дышать, питаться.
2. Антибиотики, обезболивающие препараты или лекарства от тошноты.
3. Упражнения по глубокому дыханию
4. Сидячее
5. 5-10 дней

Эталон ответа

Задача 6

1. Кровохарканье
2. Необходимо срочно оказать уход до прихода врача. Уход будет заключаться в следующем: - обеспечить полный покой (до осмотра врачом постараться не совершать резких движений и не разговаривать); - помочь принять удобное положение; - на грудину положить пузырь со льдом; - можно давать прохладное питье или проглатывать кусочки льда, если нет противопоказаний
3. Пузырь со льдом можно наложить максимально на 2 часа, через каждые 30 мин делать передышку интервалом 10-15 минут.

Эталон ответа

Задача 7

1. Да, для эвакуации жидкости и воздуха.
2. При нарушении герметичности дренажа могут наступить пневмоторакс и колабирование легкого (тахикардия, учащенное дыхание, цианоз)
3. Нет, за этим следит медицинская сестра. В случае выделения из дренажа большого количества свежей крови (более 50 мл в час) медицинская сестра должна немедленно уведомить врача.
4. После удаления дренажа больному разрешается ходить. На 2-й день после операции больной начинает заниматься дыхательной гимнастикой, а на 3-й выполнять общеукрепляющие физические упражнения. Показан общий массаж тела. С целью улучшения расправления легкого больного заставляют надувать резиновую камеру.
5. Включает профилактику инфекции, так как из раны она легко проникает в плевральную полость и нередко вызывает вторичную эмпиему. При малейших признаках инфекции кожные швы раны должны быть частично сняты, чтобы обеспечить выход гноя наружу, иначе он попадет в плевральную полость

Эталон ответа

Задача 8

1. Нет
2. Прокол делают в шестом—восьмом межреберье по задне-подмышечной линии или девятом—десятом межреберье по лопаточной линии (при свободной плевральной полости).
3. Кожу обрабатывают раствором йода.
4. В зоне пункции тонкой иглой анестезируют кожу и подлежащие ткани. Пункцию производят толстой иглой, на которую надевают переходной краник или же дренажную трубку с зажимом. Содержимое плевральной полости откачивают шприцем. Перед отключением его закрывают краник или же накладывают зажим на дренажную трубку (профилактика попадания воздуха в плевральную полость).
5. Больных заставляют откашливать мокроту, при плохом откашливании помогая им осуществить этот процесс. Больного сажают в постели уже на следующий день после операции.

Эталон ответа

Задача 9

1. После операции на медицинскую сестру возлагается ответственность по наблюдению за дренажами, чтобы обеспечить постоянную аспирацию содержимого из плевральной полости и регистрировать количество и характер отделяемого.
2. Положение должно быть полусидящее.
3. Для улучшения дренажной функции бронхов и удаления слизи проводятся ингаляции растворами бикарбоната натрия и химотрипсина
4. При нарушении герметичности дренажа могут наступить пневмоторакс и колабирование легкого (тахикардия, учащенное дыхание, цианоз)
5. Больных заставляют откашливать мокроту, при плохом откашливании помогая им осуществить этот процесс. Больного сажают в постели уже на следующий день после операции.

Эталоны ответов по теме 20 «Основы сердечно-лёгочной реанимации. Восстановление проходимости дыхательных путей»

Эталон ответа

Задача 1

1. Вследствие попадания жидкой пищи в дыхательные пути.
2. Санировать ротовую полость и верхние дыхательные пути, удалить прочие инородные предметы из ротовой полости.
3. Использовать марлю, сложенную в несколько раз, платок или иное средство для предотвращения прямого контакта с больным.
4. 1. Пострадавшего следует уложить на спину и расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание и кровообращение в области грудной клетки.

2. Запрокинуть голову пострадавшего нужно, подведя одну руку под его шею и осторожно приподнять ее, а другую поместить на лоб и надавить на него до максимального запрокидывания - это обычно приводит к раскрытию рта пострадавшего.

Если рот пострадавшего закрыт и его подбородок отвисает (мышцы шеи расслаблены), необходимо выдвинуть нижнюю челюсть вперед, переводя руку из-под шеи пострадавшего на его подбородок; следуют при этом удерживать рот пострадавшего слегка раскрытым.

Осмотреть полость рта на наличие там посторонних включений (рвотные массы, остатки пищи, слюнь и т.п.). В случае необходимости быстро освободить полость рта пальцем, обернутым платком или марлей. Сделать 2-3 пробных вдоха в легкие пострадавшего.

Положить основание ладони одной руки на грудину пострадавшего, отступив 2 пальца от края мечевидного отростка, сверху на нее положить ладонь другой руки.

Энергичным толчкообразным движением выпрямленных рук надавливать на грудину, на глубину 4-5 см, используя при этом вес собственного тела; после каждого надавливания давать возможность расправиться грудной клетке самостоятельно, при этом руки от груди не отнимать.

5. Если оказывают помощь два человека, то один из них делает непрямой массаж сердца, а другой – искусственное дыхание. При этом соотношение вдуваний в рот или в нос пострадавшего и непрямого массажа сердца составляет 1:5. Если помощь оказывает один человек, то очередность манипуляций и их режим изменяются – через каждые 2 вдоха воздуха в легкие пострадавшему производят 15 сдавлений груди (2:15).

Эталон ответа

Задача 2

1. Произвести санацию ротовой полости, интубацию больного и санацию бронхиального дерева.
2. При помощи мешка Амбу.
3. **A** - (airway) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей пострадавшего
B - (breathe) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)
C - (circulation) диагностика остановки кровообращения, поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца.
D – (drugs) применение лекарственных препаратов
E- Электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента.
4. 2:15
5. Пострадавшего следует уложить на спину и расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание и кровообращение в области грудной клетки. Запрокинуть голову пострадавшего нужно, подведя одну руку под его

шею и осторожно приподнять ее, а другую поместить на лоб и надавить на него до максимального запрокидывания - это обычно приводит к раскрытию рта пострадавшего.

Если рот пострадавшего закрыт и его подбородок отвисает (мышцы шеи расслаблены), необходимо выдвинуть нижнюю челюсть вперед, переводя руку из-под шеи пострадавшего на его подбородок; следуют при этом удерживать рот пострадавшего слегка раскрытым.

Осмотреть полость рта на наличие там посторонних включений (рвотные массы, остатки пищи, слюнь и т.п.). В случае необходимости быстро освободить полость рта пальцем, обернутым платком или марлей. Сделать 2-3 пробных вдоха в легкие пострадавшего.

Положить основание ладони одной руки на грудину пострадавшего, отступив 2 пальца от края мечевидного отростка, сверху на нее положить ладонь другой руки.

Энергичным толчкообразным движением выпрямленных рук надавливать на грудину, на глубину 4-5 см, используя при этом вес собственного тела; после каждого надавливания давать возможность расправиться грудной клетке самостоятельно, при этом руки от груди не отнимать.

Эталон ответа

Задача 3

1. Удалить все инородные предметы из дыхательных путей
2. Нет
3. Младенцы – 2 пальца на нижней половине грудины (на уровне сосков), глубина надавливания – 2 см. Цикл – 5 надавливаний, 1 вдувание.
Взрослые – 2 руки на нижней половине грудины, глубина надавливания – 4-5 см. Цикл – 15 надавливаний, 2 вдувания.
4. Проверяем признаки клинической смерти:
 - дыхание
 - пульс
 - реакция зрачка на свет
 - реакция «кошачий глаз»
5. Выдвигаем нижнюю челюсть
 - Очищаем ротовую полость
 - Запрокидываем голову
 - Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему
 - Находим правильное положение для рук (на 2 пальца выше мечевидного отростка укладываем основание ладони на грудину пострадавшего)
 - Делаем 15 резких надавливаний
 - Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему
 - Делаем 15 резких надавливаний

Через 5 циклов: проверяем появился пульс или нет, если нет, то продолжаем делать надавливания

Если появился пульс, а дыхание

–нет, то надавливания больше не делаем, а выдохи в рот продолжаем через каждые 5-6 сек.

Через 30 мин проверяем признаки «биологической» смерти, это симптом кошачий глаз.

Истинное (мокрое), асфиксическое (сухое) смерть в воде (белое).

Эталон ответа

Задача 4

1. Установить отсутствие сознания (окликнуть или осторожно «пошевелить» пострадавшего, похлопать ладонями по его щекам или слегка ущипнуть за щеку).

Проверить пульс на сонной артерии.

Определить реакцию зрачка на свет (приподнять пострадавшему верхнее веко, проверив состояние зрачков).

Убедиться в отсутствии дыхания. Можно использовать волосок, приложенный к носу (колеблется или нет).

2. **A** - (airway) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей пострадавшего.

B - (breathe) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ)

C - (circulation) диагностика остановки кровообращения, поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца.

D – (drugs) применение лекарственных препаратов

E- Электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента.

3. 1.Прежде чем наносить удар, необходимо убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии. Наносить удар при наличии пульса на сонной артерии - **НЕЛЬЗЯ !!!**

2.Прежде чем наносить удар, следует освободить грудную клетку от одежды или, по крайней мере, убедиться, что в месте нанесения удара нет пуговиц, медальонов либо других предметов. Даже нательный крестик может в этом случае сыграть роковую роль.

НЕЛЬЗЯ !!! Наносить удар, не освободив грудную клетку от одежды.

3.Необходимо двумя пальцами левой руки прикрыть мечевидный отросток, чтобы уберечь его от удара: он легко отламывается от грудной клетки и травмирует печень, что может привести к трагическому исходу. **НЕЛЬЗЯ!!!** Наносить удар по мечевидному отростку. 4. Удар наносится ребром сжатой в кулак ладони, чуть выше мечевидного отростка, прикрытого двумя пальцами другой руки. Удар по грудице напоминает удар кулаком по столу рассерженного начальника. При этом цель удара – не «проломить» грудную клетку, а сотрясти ее. **НЕЛЬЗЯ !!!** Наносить удар детям младше 7 лет.

5. После удара необходимо проконтролировать пульс на сонной артерии. Если после удара (1 раз) по груди оживления не произошло, то необходимо приступить к комплексу сердечно-легочной реанимации.
4. Да.
5. Проверяем признаки клинической смерти: дыхание, пульс, реакция зрачка на свет, реакция «кошачий глаз».
- Выдвигаем нижнюю челюсть
- Очищаем ротовую полость
- Запрокидываем голову
- Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему
- Находим правильное положение для рук (на 2 пальца выше мечевидного отростка укладываем основание ладони на грудину пострадавшего)
- Делаем 15 резких надавливаний
- Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему
- Делаем 15 резких надавливаний
- Через 5 циклов: проверяем появился пульс или нет, если нет, то продолжаем делать надавливания
- Если появился пульс, а дыхание – нет, то надавливания больше не делаем, а выдохи в рот продолжаем через каждые 5-6 сек.
- Через 30 мин проверяем признаки «биологической» смерти, это симптом кошачий глаз.

Эталон ответа

Задача 5

- 1) А – восстановление проходимости дыхательных путей;
Б – восстановление дыхания (начать искусственную вентиляцию легких);
С – поддержание кровообращения путем массажа сердца.
- 2) D – (drugs) применение лекарственных препаратов
Е- Электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента.
- 3) Одна рука на нижней половине грудины; Глубина надавливания – 3 см.; Цикл – 5 надавливаний: 1 вдувание;
- 4) При помощи мешка Амбу.
- 5) Медикаментозно, при помощи дефибриллятора, непрямой и прямой массаж сердца.

Эталон ответа

Задача 6

1. В данном случае у пострадавшего имеются признаки клинической смерти (остановка кровообращения, судороги, широкие зрачки),

- поэтому следует позвать на помощь, попробовать позвонить по телефону и немедленно приступить к сердечно-лёгочной реанимации
2. - Уложить его на спину (на твёрдую поверхность).
 - Освободить ему грудную клетку от стесняющей одежды.
 - Сделать перикардиальный удар кулаком с высоты 20 см дважды ударить по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжить реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).
 - Провести пострадавшему туалет ротовой полости (пальцем, обёрнутым носовым платком).
 - С помощью тройного приёма обеспечить проходимость дыхательных путей (голову пострадавшего запрокинуть назад; нижнюю челюсть выдвинуть вперёд; слегка открыть рот).
 - Провести ИВЛ экспираторными методами «рот в рот» или «рот в нос» (реаниматор, находясь сбоку от пострадавшего, делает глубокий вдох и с силой вдвухает воздух в лёгкие пострадавшего, прикрыв рот или нос носовым платком, при вдвухании в рот пальцами закрывают отверстия носа, а при вдвухании в нос наоборот; выдох происходит пассивно). При выполнении реанимации одним человеком соотношение дыхательных движений с нажатиями на грудную клетку должны быть как 2:15 (два вдоха и пятнадцать нажатий на грудную клетку), а если реанимацию проводят два реаниматора, то это соотношение будет как 1:5.
 - Одновременно с ИВЛ провести закрытый массаж сердца (реаниматор, находясь с боку от пострадавшего, проводит надавливание в центре нижней трети грудины на два поперечных пальца основания мечевидного отростка ладонной поверхностью одной руки, наложенной на неё другой рукой, руки должны быть разогнуты в локтях и зафиксированы; надавливания — сильные, энергичные, быстрые полсекунды — должны вызывать смещения грудины на 4-5 см). Реанимацию продолжать до тех пор, пока она эффективна и даёт надежду на спасение больного (видимое раздувание грудной клетки в момент ИВЛ, регистрация пульса на сонных и периферических артериях при массаже сердца). Реанимационные мероприятия прекратить при их неэффективности в течение 30 мин.
 3. Восстановление работы сердца, кожные покровы розовеют, сужение зрачка, повышение АД до 70-80 мм рт. ст.
 4. Трупные пятна, трупное окоченение, трупное разложение.
 5. Маску накладывают на лицо пострадавшего, закрывая рот и нос. Узкую носовую часть маски фиксируют большим пальцем, нижнюю челюсть приподнимают вверх тремя пальцами (III, IV, V). II палец фиксирует нижнюю часть маски. Одновременно голова фиксируется в запрокинутом положении. Ритмичным сжатием мешка свободной рукой производят вдох, пассивный выдох осуществляется через особый клапан в атмосферу. К мешку можно подвести кислород. Признаком

правильности проведения искусственного дыхания служит – экскурсия грудной клетки.

Эталон ответа

Задача 7

1. Внезапная остановка аппарата ИВЛ для больного, находящегося на ИВЛ, равносильна остановке дыхания, при этом больному угрожает гипоксия с последующей остановкой кровообращения.
2. Должна немедленно продолжить искусственную вентиляцию лёгких при помощи мешка АМБУ и позвать врача.
3. Парез кишечника
4. Сифонная клизма
5. Для производства сифонной клизмы нужна резиновая трубка длиной 80 см, толщиной не менее 1,5 см, стеклянная воронка (ёмкостью до 500 мл), сосуд для воды, таз или ведро для слива промывных вод. Положение больного такое же, как для очистительной клизмы. Конец трубки, вводимый в прямую кишку, смазывают вазелиновым маслом, трубку вводят на 10–12 см в прямую кишку. Стеклянную воронку опускают ниже уровня больного и заполняют водой, затем медленно поднимают вверх, вода уходит в кишечник, затем ее опускают вниз, с жидкостью из кишечника выходят газы в виде пузырьков, с кусочками кала. Важно, чтобы количество вводимой жидкости было равно количеству выводимой. Воду сливают в ведро и заполняют воронку вновь. Так многократно, поднимая и опуская воронку, добиваются промывания до тех пор, пока не будет выходить чистая вода, прекратится отхождение газов. При заполнении воронки жидкостью, она должна быть в наклонном положении, чтобы не попал воздух в кишечник. Закончив промывание кишечника, воронку снимают, моют и кипятят, резиновую трубку на 15 минут оставляют в прямой кишке для эвакуации оставшейся жидкости.

Эталон ответа

Задача 8

1. У пострадавшего есть самостоятельная сердечная деятельность и спонтанное дыхание, что говорит об отсутствии клинической смерти.
2. Закрытый массаж сердца и искусственное дыхание не показаны.
3. Транспортировка ребенка должна осуществляться в положении лежа на боку для предупреждения западения языка и асфиксии.
4. Во время транспортировки необходимо оценивать характер пульса на сонной и периферических артериях, реакцию зрачка на свет, характер дыхания; сознание, цвет кожных покровов и величину артериального давления.
5. Стационар назначения зависит от условий транспортировки: если транспортирует реанимационная бригада, где есть все мониторное и

лечебное оснащение, то предпочтительно в нейрохирургический стационар, если линейная, то в ближайшую больницу

Эталон ответа

Задача 9

1. Вероятно, больной получил тяжелую закрытую черепно-мозговую травму, что привело к клинической смерти.
2. К абсолютным признакам клинической смерти относятся: отсутствие пульса на сонной артерии, остановка дыхания, расширение зрачков с отсутствием их реакции на свет.
3. В первую очередь нужно в предельно короткие сроки оценить состояние жизненно важных функций организма (сознание, дыхание, сердечная деятельность, реакция зрачков на свет) и при наличии признаков клинической смерти немедленно приступить к реанимационным мероприятиям, предварительно сообщив о случившемся в скорую помощь и зафиксировав время начала реанимации.
4. В течение 30 минут.
5. Продолжительность клинической смерти составляет в среднем 5-6 минут. Это время увеличивается до 7-8 минут у детей и уменьшается до 3-4 минут у стариков. Зависит оно также от причин и обстоятельств смерти: чем тяжелее болезнь и дольше агония, тем короче клиническая смерть. При низких температурах (при переохлаждении, при утоплении в ледяной воде) продолжительность клинической смерти удлиняется, по разным данным, от 15 минут до 1-2 часов.

Эталон ответа

Задача 10

1. Больной находится в состоянии клинической смерти.
2. Реанимация — это комплекс мероприятий, направленных на оживление организма
3. Маску накладывают на лицо пострадавшего, закрывая рот и нос. Узкую носовую часть маски фиксируют большим пальцем, нижнюю челюсть приподнимают вверх тремя пальцами (III, IV, V). II палец фиксирует нижнюю часть маски. Одновременно голова фиксируется в запрокинутом положении. Ритмичным сжатием мешка свободной рукой производят вдох, пассивный выдох осуществляется через особый клапан в атмосферу. К мешку можно подвести кислород.
4. Полного контроля за проходимость дыхательных путей позволяет достичь интубация трахеи (интубационная трубка и ларингоскоп). Применение ротоглоточного воздуховода (S-образной трубки) предупреждает западение языка.
5. Критерием эффективности ИВЛ, проводимой в комплексе реанимационных мероприятий, являются дыхательные экскурсии грудной клетки.

6.

Типография КрасГМУ

Заказ № 6578