

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

Фармацевтический колледж

Сестринский уход при хирургических заболеваниях

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

Красноярск
2016

УДК 614.253.52:617-089(07)

ББК 54.5

С 33

Сестринский уход при хирургических заболеваниях : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина ; Фармацевтический колледж. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2016. – 62 с.

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

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

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

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

Содержание

Пояснительная записка.....	4
1. Общехирургические манипуляции.....	6
2. Составление набора инструментов.....	16
3. Наложение повязок.....	24
4. Наложение транспортных шин.....	38
5. Хирургическая обработка раневых поверхностей.....	45
6. Методические указания для написания реферата.....	52
7. Методические указания для подготовки доклада с использованием Internet-ресурсов.....	57
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной дисциплины.....	60

Пояснительная записка

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

Внеаудиторная самостоятельная работа студентов по разделу «Сестринский уход при хирургических заболеваниях» МДК.02.01. Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях (Сестринская помощь при нарушениях здоровья) ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах рассчитана на 106 часов и включает:

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

В пособии представлены тестовые задания, ситуационные задачи, методические указания по подготовке рефератов и докладов, информация по статистической обработке данных и графическому моделированию.

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

Сборник предназначен для формирования общих и профессиональных компетенций:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

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

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности

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

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

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

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

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

1. Общехирургические манипуляции

Провести премедикацию в рамках профессиональной компетентности.

Оснащение:

- стерильный лоток;
- анальгетики наркотические,
- транквилизаторы,
- снотворные,
- десенсибилизирующие средства,
- успокаивающие, м-холиномиметики;
- 70% спирт;
- шприц с иглами;
- резиновые перчатки;

Последовательность действий:

1. Вечерняя премедикация проводится перед сном на ночь:
2. Больному предлагают сходить в туалет.
3. В постели больному вводят лекарства, благотворно влияющие на ЦНС: успокаивающие (0,005г адонис-брома внутрь), снотворные (0,25г фенобарбитала внутрь), транквилизаторы малые (0,005г внутрь, 1мл 0,5% раствора реланиума в/м), транквилизаторы большие или нейролептики (1мл 2,5% раствора амиазина в/м, 1мл 0,25% раствора дроперидола в/м), анальгетики наркотические (1мл 1% раствора морфина в/в, 1мл 0,005% раствора фентанила в/в), десенсибилизирующие средства (1мл 1% раствора димедрола в/м)

После премедикации больному запрещают вставать.

4. Утренняя премедикация проводится за 30 мин до операции (перед экстренными операциями можно за 15 мин): Больному предлагают сходить в туалет, снять часы и украшения, съемные протезы.

5. Бреют операционное поле.

6. В постели больному вводят:

- анальгетики наркотические (1мл 1% раствора морфина в/м, 1мл 0,005% раствора фентанила в/м, 1мл 1% раствора промедола в/м)
- десенсибилизирующие средства (1мл 1% раствора димедрола в/м, 1мл 1% раствора супрастина в/м)
- м-холинолитики (1мл 0,1% раствора атропина в/м, 1мл 0,2% раствора платифиллина п/к)
- транквилизаторы малые (1мл 0,5% раствора реланиума в/м)

- транквилизаторы большие или нейролептики (1мл 0,25% раствора дроперидола в/м)

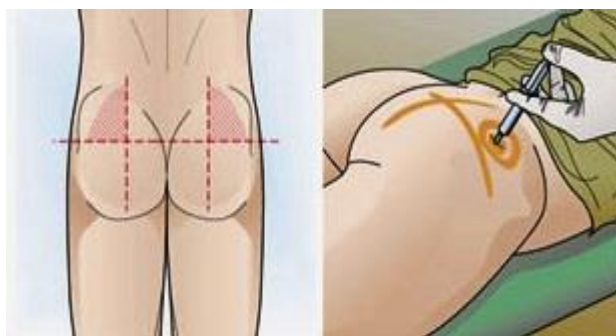


Рис. 1. Постановка внутримышечной инъекции

4. После премедикации больному запрещают вставать и в операционную доставляют на каталке.

Подать увлажненный кислород пациентам.

Оснащение:

- аппарат Боброва;
- стерильные носовые катетеры или маски;
- стерильные салфетки в крафт-пакете;
- раствор фурацилина;
- 0,9-ный раствор натрия хлорида или дистиллированную воду;
- стерильные пинцет, шпатель, лоток;
- стерильные перчатки;
- пеногасители — 70-ный этиловый спирт или 10-ный спиртовой раствор антифомсилана;
- лейкопластырь;
- ножницы

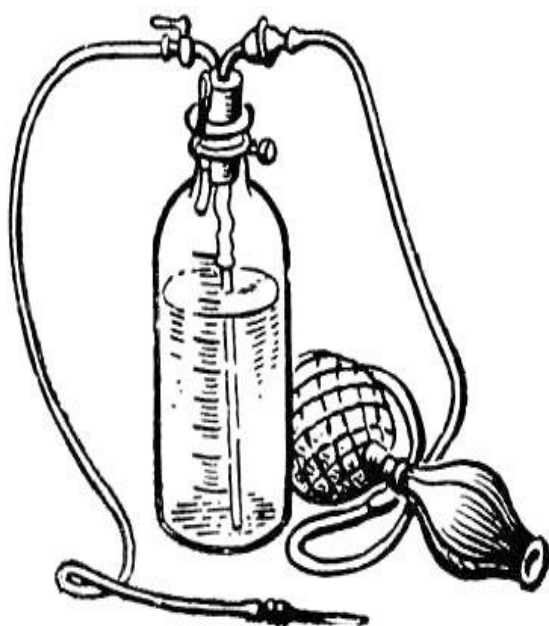


Рис. 2 Оксигенотерапия

Технология.

1. Вымойте руки и наденьте перчатки.
2. Наполните аппарат Боброва пеногасителем, длинную трубку погрузите в жидкость и присоедините к источнику кислорода.
3. Проверьте проходимость системы трубочек.
4. Помогите пациенту занять удобное положение с приподнятым изголовьем.
5. Проверьте проходимость дыхательных путей пациента, в случае необходимости очистите носовые ходы.
6. Проверьте сроки годности на упаковке со стерильными катетерами или масками.
7. С помощью пинцета извлеките стерильную салфетку и переложите ее в левую руку.
8. Извлеките из укладки стерильный катетер нужного диаметра и положите его на салфетку в левую руку.
9. Следует переложить салфетку с катетером в правую руку и взять его как карандаш на расстоянии 3—5 см от вводимого конца.
10. Затем увлажните катетер.
11. Введите катетер в нижний носовой ход до метки, держите перпендикулярно поверхности лица.
12. Попросите пациента открыть рот и, прижав его язык шпателем, проверьте наличие кончика катетера в глотке. Он должен быть видимым в зеве на 1 см ниже малого язычка.
13. Зафиксируйте катетер лейкопластырем.
14. Подсоедините катетер к короткой трубке аппарата Боброва.
15. Отрегулируйте скорость подачи кислорода.
16. По окончании кислородной ингаляции отключите подачу кислорода.
17. Катетер удалите.
18. Использованные предметы продезинфицируйте.

Транспортировать и укладывать пациента на операционный стол.

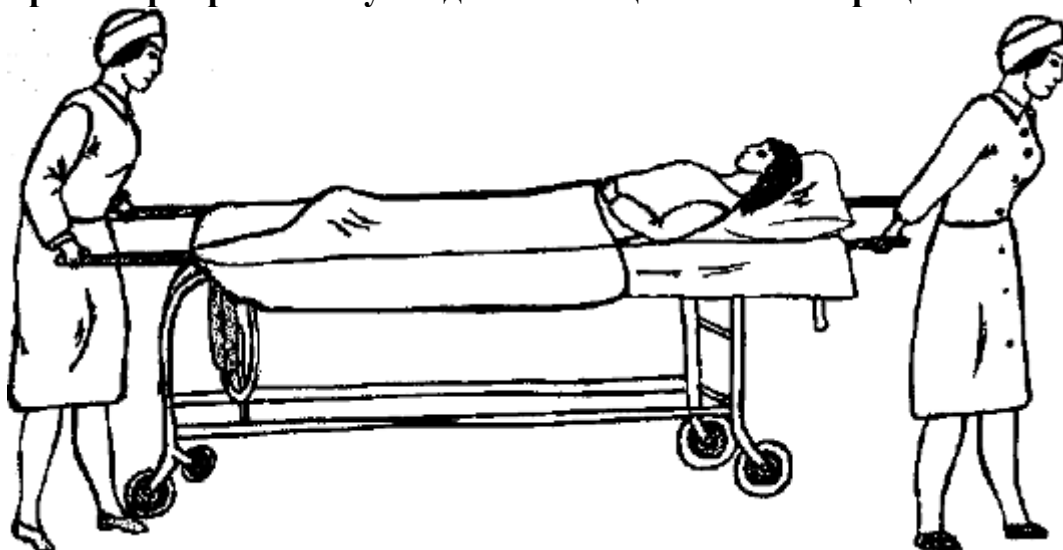


Рис. 3. Транспортировка больных

В операционную больного транспортируют головой вперед на каталке хирургического отделения, а в предоперационной его перекадывают на каталку операционной и доставляют в операционный зал. Перед тем как привезти больного в операционный зал, медсестра должен убедиться, что там убрано окровавленное белье, перевязочный материал, инструменты от предыдущей операции. Пациента перекадывают на операционный стол в положение, крайне важное для данной операции с учетом ее характера и состояния пациента. Следует правильно зафиксировать верхние, а при крайне важности и нижние конечности.

Ответственность за транспортировку пациентов возлагается на постовую медицинскую сестру. Транспортировка и перекадывание больного с наружными дренажами, системами для инфузий, интубационными трубками осуществляется с особой осторожностью.

Учитывая зависимость от характера вмешательства часть одежды следует снять в операционной (чулки, рубашку, трусы), но нельзя допускать, чтобы больной ложился на операционный стол совершенно голым; кроме опасности простуды, это травмирует его психику. С появлением больного, в операционной крайне важно прекратить все посторонние разговоры, смех, замечания о подготовке к операции.

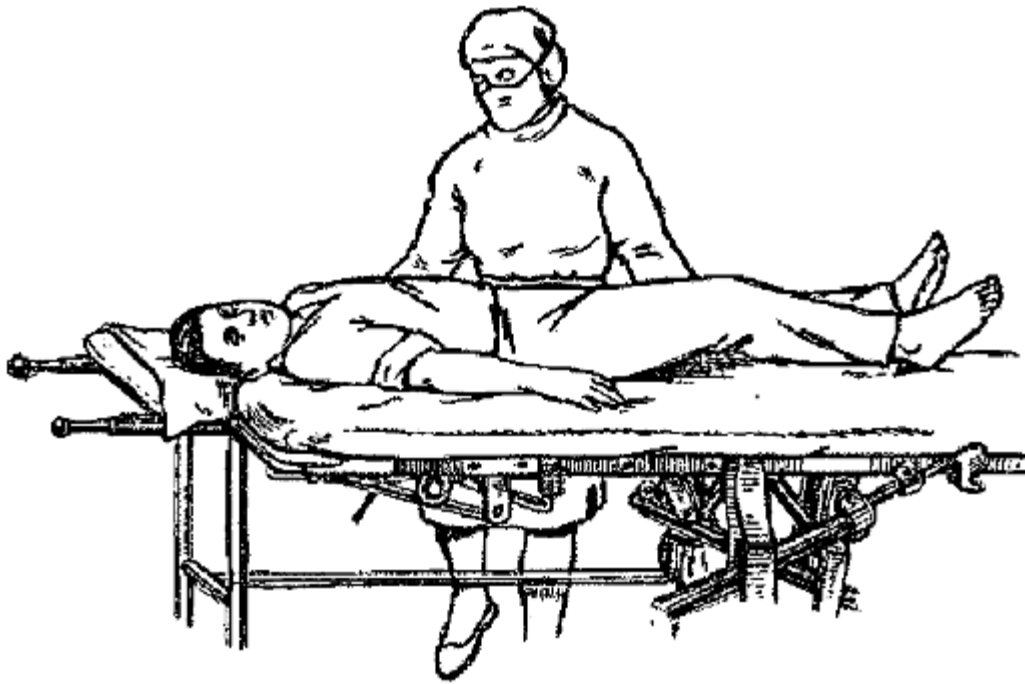


Рис.4 перекладывание пациента с каталки на операционный стол

Наблюдение и уход за дренажами.

Уход за дренажом и раной:

I. Подготовка к процедуре.

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры. Получить информированное согласие.
2. Уложить пациента на перевязочный стол.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Подготовить необходимое оснащение и оборудование.
5. Надеть перчатки.

II. Выполнение процедуры.

6. Пинцетом снять повязку. Если она не удаляется, смочить ее небольшим количеством раствора антисептика.
7. Стерильным пинцетом снять нижний слой повязки, не нарушая положение дренажа. Поместить использованный материал в емкость для дезинфекции.
8. Оценить состояние раны: наличие симптомов воспаления, характер отделяемого, его запах, соприкосновение краев раны.
9. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции (или пластиковый пакет при выполнении процедуры в палате).
10. Обработать руки антисептиком.
11. Подготовить упаковку с новыми перевязочными материалами (салфетками).
12. Налить стерильный раствор для промывания раны в емкость для растворов.
13. Надеть стерильные перчатки

14. Обработать края раны и кожу вокруг нее антисептиком, тампоном на пинцете (по направлению от раны) периодически меняя тампоны. При обработке кожи под дренажом поддерживать дренаж в вертикальном положении с помощью зажима.

15. Для удаления дренажа необходимо снять швы, расположенные возле дренажа и только затем выдвинуть его наружу или полностью извлечь с помощью зажима. Извлеченный дренаж поместить в емкость для дезинфекции.

16. Осушить рану стерильными салфетками

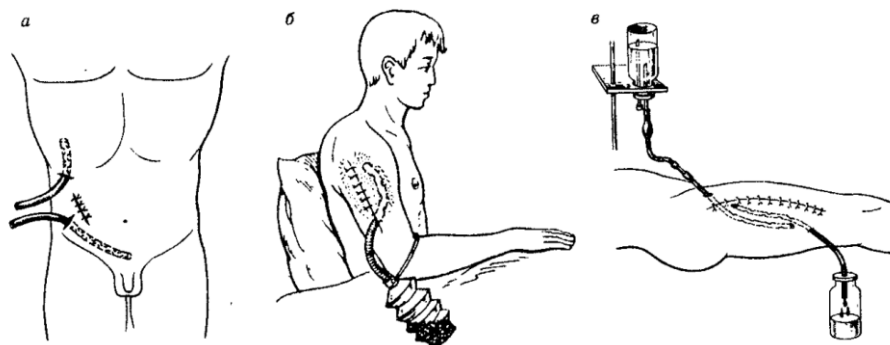
17. По назначению врача нанести на рану мазь или другое лекарственное средство стерильным шпателем.

18. Наложить стерильную повязку слоями под дренаж или вокруг него

19. Зафиксировать повязку пластырем или бинтом.

Рис. 2.11
Виды дренирования

а — пассивное; б — активное; в — проточно-промывное



III. Окончание процедуры.

20. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

21. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

22. Придать пациенту удобное положение; кнопка вызова должна находиться в пределах досягаемости.

23. Сделать запись в медицинской документации о результатах выполнения процедуры.



Рис. 199. Пассивный дренаж.



Рис. 200. Активный дренаж.

Обработка кожи операционного поля.

Накануне операции информировать больного о необходимости выполнения и сущности манипуляции.

2. Вымыть руки проточной водой, дважды намыливая, просушить их стерильной салфеткой.
3. Провести хирургическую обработку рук.
4. Надеть маску, перчатки.
5. Поставить на инструментальный столик необходимое оснащение.

Основной этап выполнения манипуляции.



Рис. 7. Отграничение операционного поля

Операционное поле обрабатывают по Гроссиху-Филончикову.

1. Широко обработать операционное поле от центра к периферии антисептическим средством двумя шариками на корнцанге.
2. Место разреза ограничить стерильным операционным бельем.
3. Повторно обработать операционное поле антисептическим средством (перед разрезом).
4. Перед наложением швов обработать кожу вокруг операционной раны антисептическим средством.
5. После наложения швов обработать операционное поле антисептическим средством.



Рис. 8. Обработка кожи операционного поля.

Заключительный этап.

1. Отработанный инструментарий и перевязочный материал поместить в разные емкости с растворами дезинфицирующих средств.

2. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с раствором дезинфицирующих средств.
3. Вымыть руки под проточной водой с мылом и просушить

Надеть стерильную операционную одежду.



Рис. 9. Надевание стерильной одежды

1. Надеть соответствующую форму одежды (костюм, маску шапочку).
2. Снять все предметы с рук (кольца, часы).
3. Вымыть руки с мылом под проточной водой до локтевого сгиба, дважды намыливая их жидким мылом, высушить руки разовой салфеткой или индивидуальным полотенцем.
4. Проверить бирку стерилизации бикса.
5. Бикс закрепить на подставке и приоткрыть крышку.
6. Обработать руки одним из хирургических способов.
7. Открыть бикс ножной педалью подставки.
8. Не касаясь поверхности бикса, извлечь полотенце и осушить руки.
9. Проверить качество стерилизации белья, достав индикатор.
10. Развернуть края пленки, выстилающей внутреннюю поверхность бикса.
11. Извлечь халат, развернуть его изнаночной стороной к себе, следя за тем, чтобы наружная поверхность стерильного халата не коснулась соседних предметов и вашей одежды.
12. Взять халат за края ворота так, чтобы левая кисть была прикрыта халатом, и осторожно набросить его на правую руку и предплечье.
13. Правой рукой с уже надетым стерильным халатом взять халат за левый край ворота так, чтобы правая кисть была прикрыта халатом, и вдевают левую руку.
14. Медицинская сестра вытягивает руки вперед и вверх, а санитарка подходит сзади, берет халат за тесемки, натягивает и завязывает их.

15. Медицинская сестра сама завязывает тесемки у рукавов своего стерильного халата, обернув 2 – 3 раза обшлаг рукава.
16. Сестра берет стерильный пояс из кармана халата и разворачивает его, держа на расстоянии 30 – 40 см от себя, таким образом, чтобы санитарка смогла сзади захватить оба конца пояса, не касаясь стерильного халата и рук сестры, и завязать его.
17. Без посторонней помощи надеть стерильные перчатки так: первым и вторым пальцами правой руки захватить изнутри отвернутый (в виде манжеты) край левой перчатки и натянуть ее на левую руку. Затем пальцы левой руки (в перчатке) провести изнутри под отворот тыльной поверхности правой перчатки, натянуть ее на правую руку и, не меняя положения пальцев, отвернутый край перчатки вернуть на место. Таким же образом поступить с отвёрнутым краем левой перчатки.



Рис.10. Подготовка к операции

Накрыть стерильный стол операционной сестры .



Рис.11. Накрытие стерильного стола

1. Стерильный стол накрывается перед началом смены, на 6 часов. Малый операционный стол накрывается на одну операцию.
2. Стерильный стол должен отстоять от окна не менее 2 метров и от стены на 30-50 см.
3. Стерильный стол должен быть изготовлен из металла или покрыт пластиком, чтобы хорошо обрабатывался.
4. Размеры стола должны быть не менее 1,5 м.
5. Стол накрывается стерильными руками, а со стола изделия берутся сухим стерильным пинцетом.
6. Стерильный пинцет хранится в сухой стерильной емкости, накрытый стерильной салфеткой в течение 2 часов.
7. Высота стерильного стола должна быть на уровне пояса медицинской сестры.

Перед накрытием стерильный стол протирается двукратно с интервалом 15 мин. рабочим дезинфицирующим раствором. Стол протирается в одном направлении сверху вниз. Для обработки стола выделяются две ветоши и емкость с маркировкой «обработка стерильного стола».

К задней ножке ниже уровня простыни слева прикрепляется бирка, где проставляется дата, час накрытия стерильно стола и роспись медицинской сестры, накрывшей стол.

Стол накрывается восемью слоями простыней – четыре верхних слоя и четыре нижних.

Простыни свисают от края стола на 15-30 см, а с рабочей стороны верхняя простынь должна быть выше нижней, чтоб предупреждает контаминацию микробами инструментов и внутренних поверхностей простыни. С тыльной стороны слои простыней скрепляют бельевыми цапками. Боковые корнцанги с передней стороны крепятся только к верхним слоям простыней и служат для приподнимания переднего края простыни, когда необходимо взять нужный инструмент.

При открывании верхней простыни, простынь укладывается «гармошкой», что предупреждает инфицирование стерильной поверхности простыни.

Стерильные инструменты раскладывают, отступая на 10 см от края стола, что предупреждает инфицирование инструмента.

Стерильный инструмент со стерильного стола берется только сухим стерильным пинцетом, который хранится в стерильном лотке, накрытым стерильной салфеткой.

Стерильный лоток со стерильным пинцетом хранится на тумбочке, стоящей недалеко от стерильного стола. Стерильный лоток со стерильным пинцетом меняется через 2 часа.



Рис.12. Стерильный стол

2.Составление набора инструментов

Для первичной хирургической обработки ран.



Рис. 13Инструментарий для ПХО

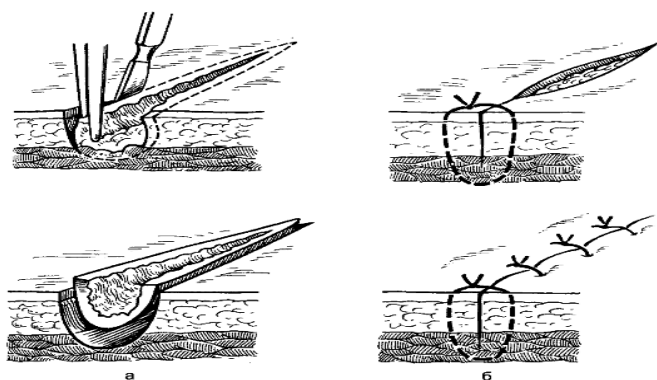


Рис.14. Первичная хирургическая обработка раны (ПХО).

Оснащение:

- стерильные перчатки,
- кожный антисептик,
- растворы фурациллина,
- перекись водорода,
- бинты,
- липкий пластырь,
- шприцы,
- инъекционные иглы,
- цапки бельевые-4,
- скальпель-2,
- пинцеты хирургические-2,
- зажимы кровоостанавливающие Бильрота-10-12,
- ножницы Купера-2,
- ножницы Рихтера
- изогнутые-1,
- крючки острые трёхзубчатые-2,
- крючки Фарабефа-2,
- игла Дешана-2,
- зонд желобоватый-1,
- зонд пуговочный-1,
- ложечка Фолькмана, к
- орнцанг прямой и изогнутый-2,
- иглодержатели Гегара-2,
- иглы режущие- набор,
- иглы колющие - набор,
- кусачки Листона-2,
- кусачки Люэра-2,
- распаторы Фарабефа- прямые и изогнутые,
- молоток,
- пила- ножовка-1,

- долото прямое и изогнутое.

Последовательность выполнения (этапы)

1. Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения.
2. На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCl 10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.
3. Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.
4. Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал.
5. Стерильный стол закрываем.

Для оперативного вмешательства на костях

По своему функциональному предназначению они подразделяются на несколько основных категорий.

Удерживающие инструменты предназначены для захвата, фиксации и удержания костных частей и осколков. – щипцы и костодержатели. Костные щипцы ; секвестральный тип щипцов – для захватывания осколков. С целью фиксирования костных отломков : приспособление Ламботта, трехзубое устройство винтового типа . В зависимости от размера кости, вида повреждения, могут браться костодержатели разных размеров, а также прямой или изогнутой формы. Для извлечения отломка из раны служит тупой однозубый крючок.

Долбление и рассечение кости производится при помощи плоского и желобчатого долота. Долото плоского типа может обладать односторонним или двусторонним острием.

Откусывание наростов, выравнивание краев костных осколков осуществляется кусачками (щипцами) типов Люэра и Листона (с губками прямого типа). Для пиления костей применяются пилы рамочного, дугового и проволочного типа (пила Джилли).

Операции на сухожилиях, мышцах и тканях, окружающих кости, производится с применением следующих инструментов: тенотомы, крючки для сухожилий, ножи для ампутации. инструмент для отсепаровки, бужи. Для защиты тканей от повреждений при операциях пользуются элеваторами и ретракторами.

При работе с долотами невозможно обойтись без молотков. Крепление костных частей производится с помощью разнотипных фиксаторов. При переломах длинных костей внутреннее закрепление производится элементами Дуброва, Кюнчера, ЦИТО и т.д. В набор для

костного крепления входят следующие приспособления: комплект стержней, сверла, тиски, долото, крючки, плоскогубцы, насадки, шило, импактор и экстрактор. При соединении костей применяются болты, ленты, пластины, шурупы, гвозди. Специальные гвозди трехлопастного типа крепятся с использованием устройств Петрова-Яснова или Каплана.

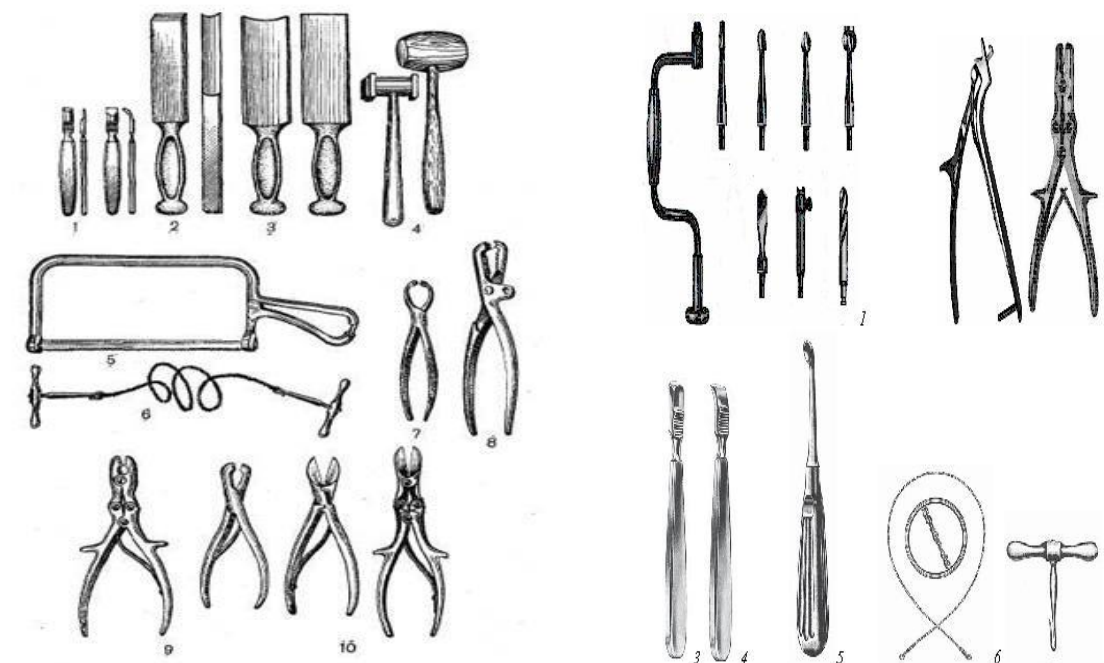


Рис.12. Хирургический инструментарий для оперативного вмешательства на костях

Для оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

Правила сбора.

Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения, На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Переокси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCL10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.

Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.

Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал.

Стерильный стол закрываем.

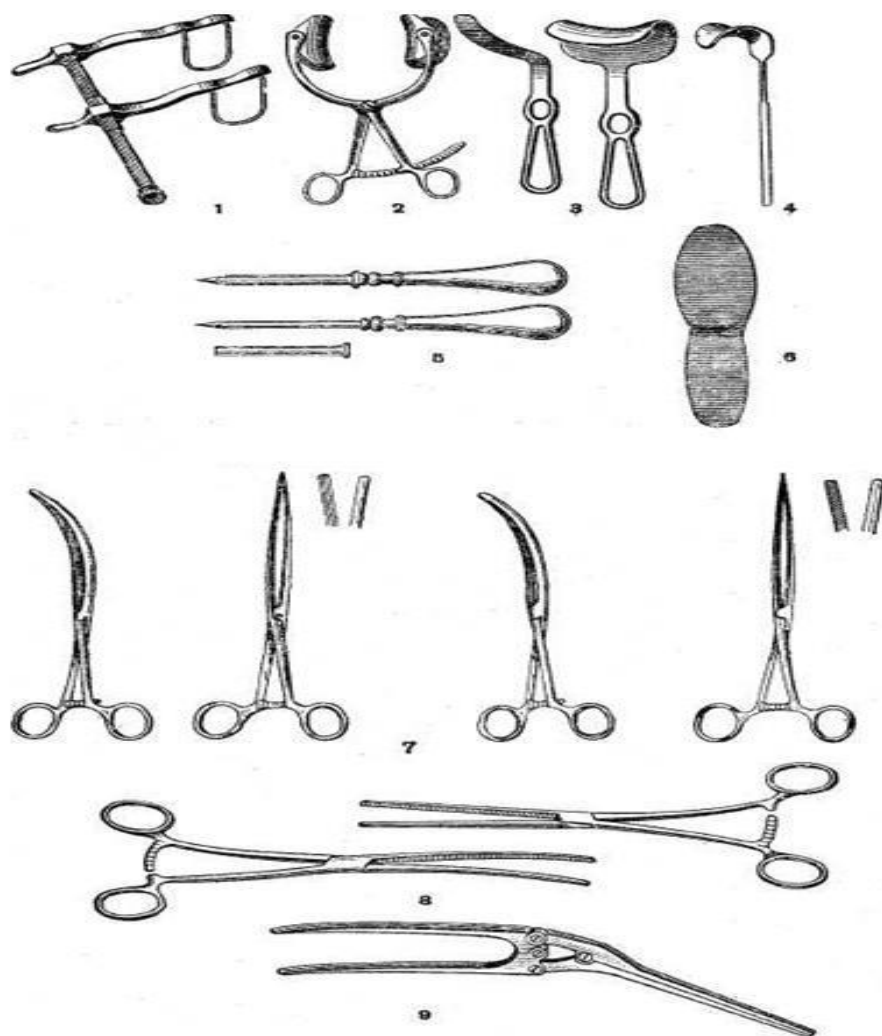


Рис.13. Хирургический инструментарий для оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

- 1) ранорасширитель Госсе, 2) ранорасширитель Микулича, 3) печеночные зеркала, 4) брюшное зеркало, 5) троакар, 6) шпатель Ревердена, 7) мягкие кишечные жомы, 8) раздавливающие кишечные жомы, 9) жом Пайера.

Трахеостомии.

Правила сбора.

Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения, На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси водорода 3%, фурациллина 1: 5000, новокаина 0,25%, NaCl 10%), кожный антисептик и нестерильный перевязочный материал (бинты, липкий пластырь и т.д.), упаковки с шовным материалом и т. д.

Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки.

Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал.

Стерильный стол закрываем.

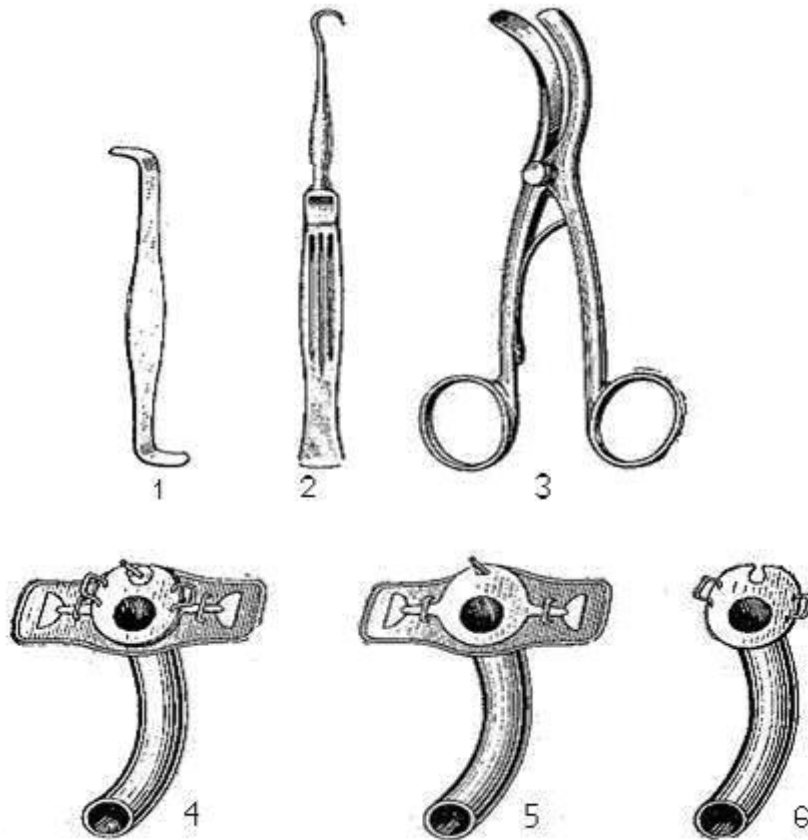


Рис. 14. Хирургический инструментарий для трахеостомии

1 – тупой крючок для перешейка щитовидной железы; 2 – острый крючок для удержания гортани и трахеи; 3 – расширитель трахеи; 4,5,6 – трахеостомическая канюля в собранном и разобранном виде.

Вскрытие дыхательного горла.

Экстренную трахеостомию проводят с целью немедленного обеспечения доступа воздуха в легкие, при закупорке дыхательных путей, у больных с опухолями гортани или голосовых связок. Инструментарий:

- Инструменты общего назначения.
- Специальный набор инструментов:
- Однозубый крючок – небольшой тупой крючок
- Расширитель трахеи Труссо
- Двойные трахеостомические канюли различных размеров, состоящие из наружной и внутренней трубок.
- Наружная трубка имеет сбоку отверстия для тесемок, которыми она привязывается вокруг шеи.

2.5.Для плевральной пункции.

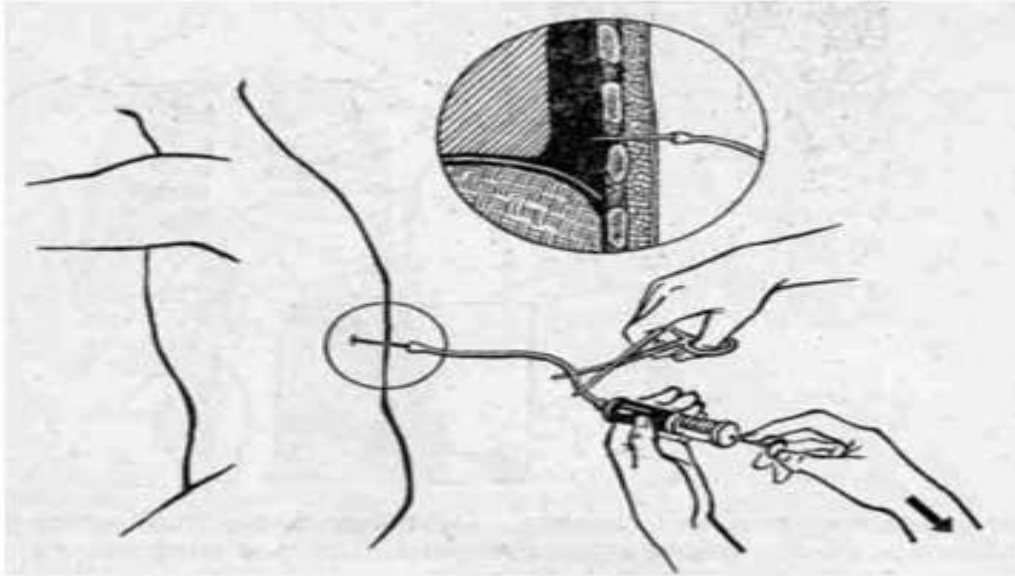


Рис. 15. Плевральная пункция

Инструменты: 2 шприца емкостью 20 мл (один с 0,5% раствором новокаина, второй – пустой), толстая игла длиной 6-8 см для пункции с резиновой трубкой и канюлей, кровоостанавливающий зажим с надежным замком.

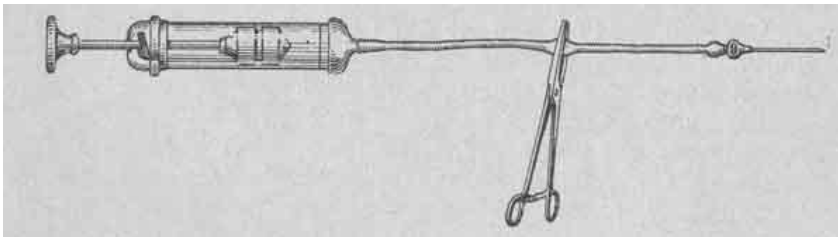


Рис. 16. Набор для плевральной пункции

2.6. Для спинномозговой пункции.

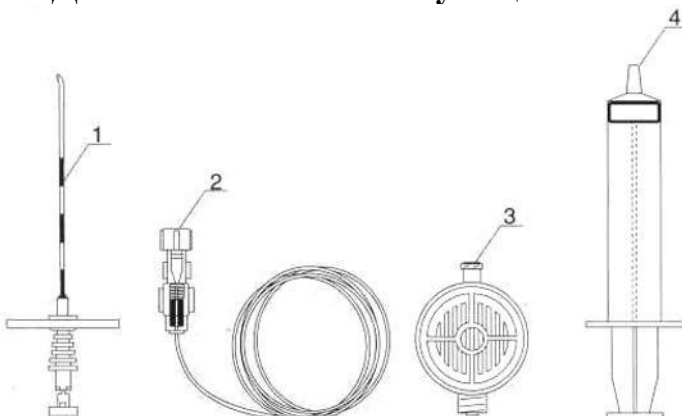


Рис.17. Набор для спинномозговой пункции

Инструменты: спирт, йодонат, 0,25% раствор новокаина, 3 шприца емкостью 5 мл иглы, игла Бира с мандреном, корнцанг. Перчатки

хирургические. Стекланные пробирки (для сбора спинномозговой жидкости), салфетки, шарики марлевые.

2.7. Для новокаиновой блокады



Рис. 1. Поясничная новокаиновая блокада.



Рис. 2. Шейная ваго-симпатическая блокада.

Инструменты к проведению блокады. Должен быть подготовлен 10- или 20-граммовый шприц, тонкие короткие и длинные (10—12 см) иглы с мандренами, а также 0,25 или 0,5% раствор новокаина в количестве 250 мл. Кожу в области предполагаемой инъекции обрабатывают спиртом и спиртовым раствором йода.



Рис. 3. Циркулярная блокада бедра.



Рис. 4. Циркулярная блокада плеча.

2.8. Набор для взятия крови на группу и резус фактор



Рис.18. Набор для взятия крови на группу и резус фактор

- сухое предметное стекло (типовую тарелочку) для определения группы крови;
- цоликлоны анти-А (розового цвета) и анти-В (синего цвета);
- две пипетки для взятия цоликлонов из флаконов;
- две стеклянные палочки для смешивания крови пациентки с цоликлонами;
- одноразовый шприц (на 5-10 мл) с иглой для взятия крови из вены пациентки;
- в стерильный лоток положить 3 шарика, смоченных спиртом, 2-3 стерильные салфетки;
- резиновый жгут для внутривенных пункций;
- сухую центрифужную пробирку, на которой стеклографом отчетливо подписать фамилию пациентки;
- бланк - направление в лабораторию, где врачом - лаборантом повторно определяется группа крови, резус принадлежность, ставится печать и подпись

3. Наложение повязок.

Бинтовые

Повязки из бинта наиболее распространены, так как они просты и надежны. Бинты являются обязательным атрибутом медицинских учреждений любого уровня.

Для бинтования кисти и пальцев применяют бинты шириной 5 см, для головы, предплечья, плеча - 7-9 см, для бедра и туловища - 8-20 см.

Бинт при перевязке всегда держат в правой руке под углом. Он наматывается под легким натяжением (за исключением особых случаев), но повязка не должна быть очень тугой, чтобы не вызвать сдавления тканей и нарушения кровообращения в забинтованной конечности. После первых, фиксирующих витков бинта, характер наложения остальных туров зависит от типа повязки и ее местоположения.

Повязка чепец.



Рис.19. Повязка чепец.

Повязка «чепец» накладывается при ранении головы (для остановки кровотечения и фиксации перевязочного материала) или при нагноительных процессах в области свода черепа — темени.

- Взять отрезок бинта длиной 80 — 90 см.
- Расположить середину отрезка бинта на теменную область головы; концы бинта удерживает пациент или помощник.
- Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую. Сделать закрепляющий тур вокруг лба и затылка.
- Провести бинт по лобной поверхности до завязки.
- Обогнуть ее в виде петли и вести бинт на затылок до противоположной стороны к другой завязке.
- Обернуть бинт снова вокруг завязки и вести по лобной части головы выше закрепляющего тура.
- Аналогично вести бинт по затылочной части головы.
- Повторить циркулярные ходы вокруг головы, прикрывая предыдущий ход на 1/2 или 2/3 до полного покрытия головы.
- Закрывать полностью повторными ходами бинта волосистую часть головы.
- Обернуть бинт вокруг одного из концов завязки и закрепить узлом.
- Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.

3.1.2. Повязка уздечка.

Оснащение: бинты, ножницы. Для проведения манипуляции будет нужен ассистент в роли больного.

Получение согласия больного: «Здравствуйте! Меня зовут Имя Отчество. Я медсестра. Для того, что бы обеспечить неподвижность поврежденной области во время транспортировки, необходимо наложить повязку. Вы согласны? Сядьте удобно. Голова должна быть неподвижна. Если мои действия причинят вам болевые ощущения, сообщите мне об этом, пожалуйста. Хорошо?»

Техника манипуляции:

1. Приготовить бинт шириной 7-10 см;
2. сделать 2 циркулярных закрепляющих хода вокруг головы через затылочные и лобные бугры;

3. провести бинт с затылочной области к подбородку и провести вертикально вверх на противоположной стороне лица;
4. сделать несколько вертикальных круговых ходов через теменную и подбородочную области перед ушными раковинами;
5. из подбородочной области вывести бинт на затылок, провести косо вверх на лоб;
6. сделать циркулярные ходы вокруг головы через затылочные и лобные бугры;
7. закрепить повязку булавкой или лейкопластырем

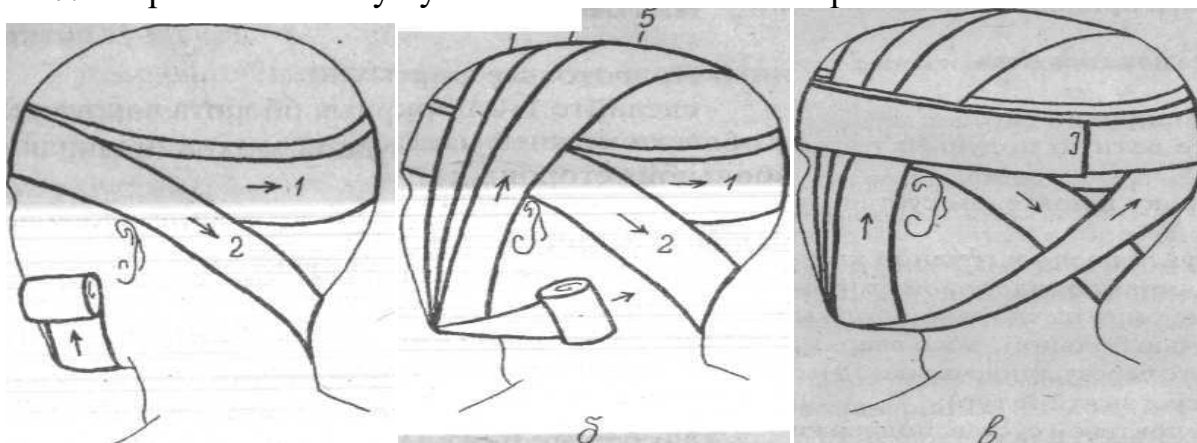


Рис.19. Повязка «Уздечка»

завершение: «Все. Наложение повязки закончено. Сейчас приедет «скорая» и я буду сопровождать вас в больницу. Если вам станет хуже, сообщите мне об этом, пожалуйста. Хорошо?»

3.1.3. Повязка на один глаз, на оба глаза.

Показания для наложения повязки на оба глаза: закрепление перевязочного материала в области глаз при их повреждениях и заболеваниях, послеоперационный период.

Оснащение: бинт шириной 10 - 20 см, изоляционные ватно-марлевые прокладки, ножницы, лейкопластырь или булавка.



Рис.20. Бинокулярная повязка

Техника наложения бинокулярной повязки:

Повязка на оба глаза, схема наложения

1. Перед наложением повязки необходимо усадить пациента лицом к себе. Глаза прикрывают ватно-марлевыми прокладками.
2. Повязку на оба глаза начинают с циркулярного закрепляющего тура вокруг головы через лобные и затылочные бугры.
3. Бинтуют слева направо.
4. В области затылка бинт спускают косо вниз.
5. Затем выводят бинт под мочкой уха, введя косо вверх по правой щеке через лицевую область, закрывая при этом правый глаз, на лоб.
6. Сделав циркулярный (круговой) ход вокруг головы, ведут бинт через лицевую область косо вниз через левый глаз под мочку уха на затылок.
7. Таким образом чередуем туры, несколько накладывая их друг на друга прикрывая оба глаза, до полного закрывания глазниц.
8. В конце укрепляем повязку круговым горизонтальным туром и фиксируем повязку.
9. При наложении повязки не следует накладывать туры на ушные раковины.

3.1.4. Повязка колосовидная на плечевой сустав.

- На больной стороне производятся два закрепляющих циркулярных хода бинта вокруг плеча.
- На рану накладывается стерильная салфетка с помощью стерильного пинцета.
- Третий тур бинта ведется вверх — косо вверх на спину по передней поверхности плеча.
- Четвертый тур — по спине через подмышечную впадину здоровой стороны на переднюю поверхность грудной клетки, направляясь к плечу поврежденной руки.
- Пятый тур — циркулярный охват плеча — передней, наружной, задней, внутренней поверхности. Затем по передней поверхности плеча бинт выводится на спину и совершается перекрест с 4-м туром.
- Все туры бинта повторяются до полного закрытия плечевого сустава. Бинт закрепляют на передней поверхности груди с помощью булавки.

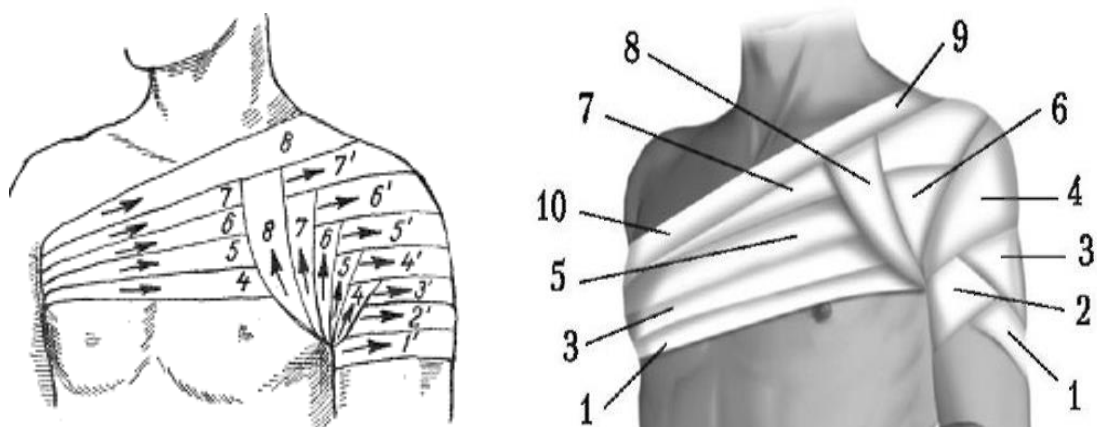


Рис.21. Повязка колосовидная на плечевой сустав

3.1.5. Повязка черепашня (на локоть, колено).

Здесь будет описана сходящаяся повязка. Аналогичным способом повязка накладывается и на коленный сустав.

Показание: ранение выше или ниже локтевого сустава.

Оснащение: бинт шириной 20 см.



Рис. 22. Черепичная повязка

Последовательность действий при наложении черепичной повязки на локтевой сустав

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Согнуть конечность в коленном суставе под углом 200.
3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.
4. Бинтовать слева направо.
5. Приложить бинт к верхней трети предплечья.
6. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг предплечья.

7. Пересечь сгибательную поверхность локтевого сгиба и перейти на нижнюю треть плеча.
8. Наложить ходы бинта на плечо и предплечье друг на друга, постепенно сближаясь после восьмиобразных перекрестов над сгибательной поверхностью локтевого сустава.
9. Закрывать локтевой сустав, опустившись в область предплечья, в место начала повязки.
10. Зафиксировать повязку, разрезать конец бинта и завязать концы на узел.

На коленный сустав

Здесь будет сказано о наложении расходящейся повязки. Аналогичным способом повязка накладывается на коленный сустав.

Показание: раневая поверхность в области коленного сустава.

Оснащение: бинт шириной 20 см.

Последовательность действий при наложении черепашьей повязки на коленный сустав

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Согнуть коленный сустав под углом 160 градусов
3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта в правую
4. Приложить бинт к коленному суставу
5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг коленного сустава
6. Перевести бинт с коленного сустава на нижнюю треть бедра
7. Пересечь сгибательную поверхность коленного сустава и перейти на верхнюю треть голени
8. Перевести бинт с голени через подколенную ямку на бедро, прикрывая предыдущий тур на $\frac{1}{2}$
9. Перевести бинт с бедра через подколенную ямку на голень, прикрывая предыдущий тур на $\frac{1}{2}$
10. Вести бинт попеременно на бедро и голень, перекрещиваясь в подколенной ямке.
11. Закрепить повязку в нижней трети бедра.
12. Разрезать конец бинта и завязать концы на узел.

Повязка перчатка/ варежка.



Рис.23. Варежка

Оснащение:

- бинт шириной 8-10 см.,
- салфетки, шприц и игла,
- анальгетик,
- лоток,
- шарики,
- перчатки,
- антисептик.

Последовательность выполнения повязки варежка:

1. Усадить больного, стать к нему лицом (контролировать его состояние).
2. Обезболить.
3. Сделать 2-3 циркулярных закрепляющих тура в области запястья.
4. Перегнуть бинт на 90° на тыльной поверхности кисти.
5. Вести бинт по тыльной поверхности к кончикам пальцев, перейти на ладонную поверхность, дойти до запястья.
6. Повторить действия п.3. три-четыре раза, прикрывая 4 пальца одновременно.
7. Круговым туром в области запястья закрепить предыдущие туры, предварительно перегнув бинт на 90° .
8. Бинт вести по тыльной поверхности к кончикам пальцев, обвивая спиральными ходами, идущими до основания пальцев.
9. Бинт через тыл кисти вернуть на запястье. Круговым туром закрепить предыдущие туры.
10. На первый палец наложить колосовидную повязку.
11. Повязку закончить циркулярными турами в области запястья и завязать.

Примечание:

- Чтобы пальцы не слипались боковыми поверхностями, между ними кладут марлевые салфетки.
- Повязка «варежка» может быть дополнена косыночной повязкой для иммобилизации конечности.

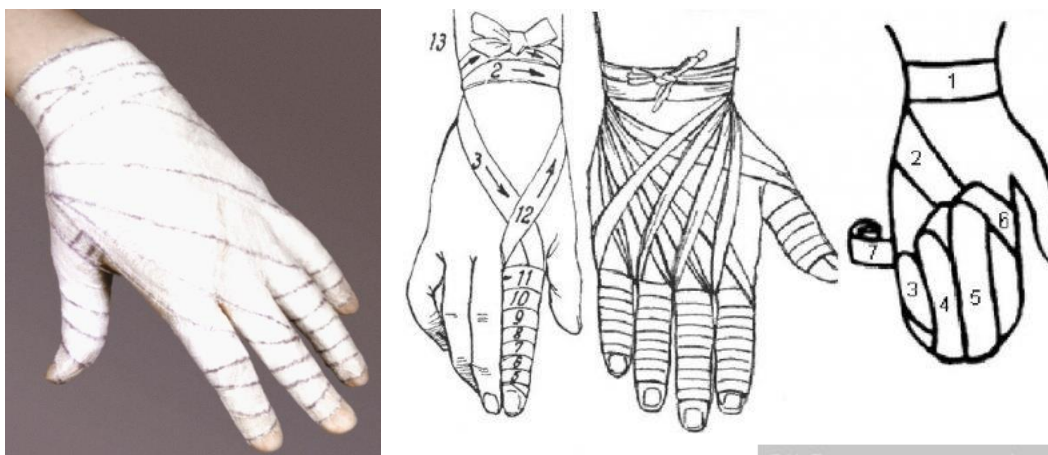


Рис.24. «Рыцарская» перчатка

Повязка "рыцарская перчатка" накладывается при ожогах, ранениях и воспалительных заболеваниях пальцев кисти.

Оснащение: почкообразный тазик со стерильными салфетками, пинцетом. Стандартный бинт шириной 3-5 см, ножницы.

Последовательность действий:

- встать лицом к пациенту и повернуть его кисть ладонью вниз;
- наложить стерильные салфетки на раны пальцев;
- сделать первый циркулярный (фиксирующий) тур вокруг запястья;
- начинать повязку на левой руке с пятого пальца, а на правой - с большого пальца;
- провести второй тур косо по тыльной поверхности кисти к ногтевой фаланге соответствующего пальца;
- сделать несколько туров вокруг пальца от его конца до основания;
- возвращаться от основания пальца по тылу кисти на запястье;
- сделать циркулярный тур вокруг запястья и вести бинт к ногтевой фаланге следующего пальца. Чередовать ходы бинта, пока не забинтуются все пальцы. Фиксировать повязку циркулярным туром на запястье. Излишки бинта срезать ножницами.

Повязка восьмиобразная на голеностопный сустав.

Это одна из форм защиты сустава стопы, который подвергся травматизации. Подобные травмы не редки, поскольку стопа имеет достаточно высокую мобильность и угол отклонения от оси движения, поэтому суставные элементы соединены между собой обилием связок и мышц. Эти мягкие ткани имеют свойство эластичности и сокращения при нормальной функциональности. Также они выполняют функции стабилизаторов сустава, надежно закрепляя костную ткань к суставной сумке. В том случае, если связки или мышцы подверглись травме, то их способность переносить нагрузки существенно снижается, сустав становится аномально подвижным, отмечается смещение и деформация стопы в особо тяжелых случаях. Помимо этого голеностопный сустав вынужден принимать на себя основную часть массы тела человека, что

дополнительно ввергает мышцы и связки в напряжение, делая их уязвимыми перед травмами.

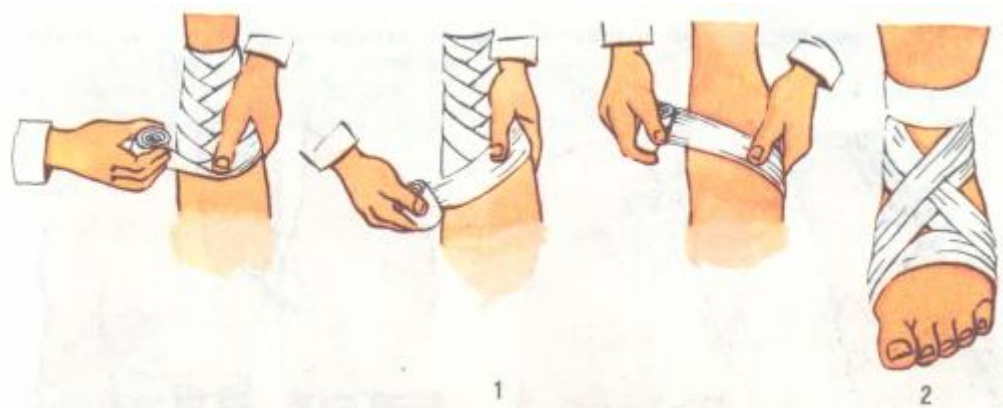


Рис.25. Повязка восьмиобразная на голеностопный сустав

Повязка на культю.

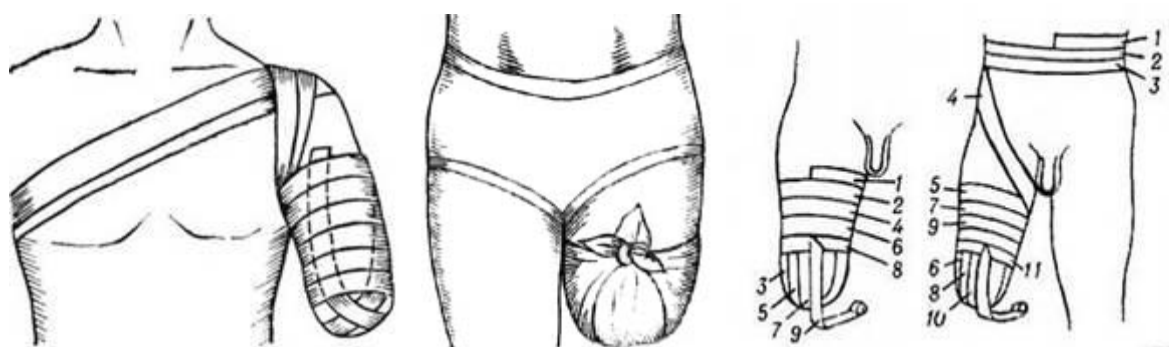


Рис. 26. Повязки на культю

Повязки на культю накладывают по типу так называемых возвращающихся повязок; их обязательно закрепляют за вышележащий отрезок конечности или за туловище. Так, повязки на культю предплечья закрепляют за плечо; повязку на культю плеча сочетают с колосовидной повязкой плечевого сустава; повязку на культю стопы закрепляют на голени, повязку на культю голени сочетают с черепашьей повязкой коленного сустава. Труднее всего наложить хорошую повязку на культю бедра — ее закрепляют по типу колосовидной повязки тазобедренного сустава.

Волосы на коже культю необходимо периодически сбривать и тщательно обрабатывать кожу, лучше всего после общей ванны. Нижние слои повязки фиксируют клеолом. Особо тяжелым больным предпочитают накладывать контурные повязки типа хирургической шапки (мешок с круглым дном) с широкими длинными тесемками, которые можно обернуть вокруг туловища в виде двойного пояса и, возвратившись на бедро, прикрепить (подшить) к контурной повязке.

Повязка Дезо.

Показания к повязке Дезо: иммобилизация верхней конечности к грудной клетке при переломах ключицы, а также после вправления вывиха плеча. При наложении повязки верхней конечности придается физиологическое положение.



Рис.27. Повязка Дезо

Сначала фиксируется плечо к туловищу, затем удерживается лучезапястный сустав и, наконец, локтевой сустав поврежденной стороны. Суставы здоровой верхней конечности остаются свободными, и, пациент может производить любые движения здоровой рукой. Оснащение: бинт шириной 20 см, ватно-марлевый валик, ножницы, булавка или лейкопластырь.

Примечание: Закрепляющий тур бинта всегда проводят к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая им плечо к грудной клетке. При наложении повязки на левую руку ходы бинта идут слева направо, а при бинтовании правой руки - справа налево, руке придают согнутое положение в локтевом суставе под прямым углом, локоть отводят несколько назад, а плечо в процессе бинтования приподнимают кверху.

Техника наложения повязки Дезо:



Рис. 28. Повязка Дезо, схема наложения

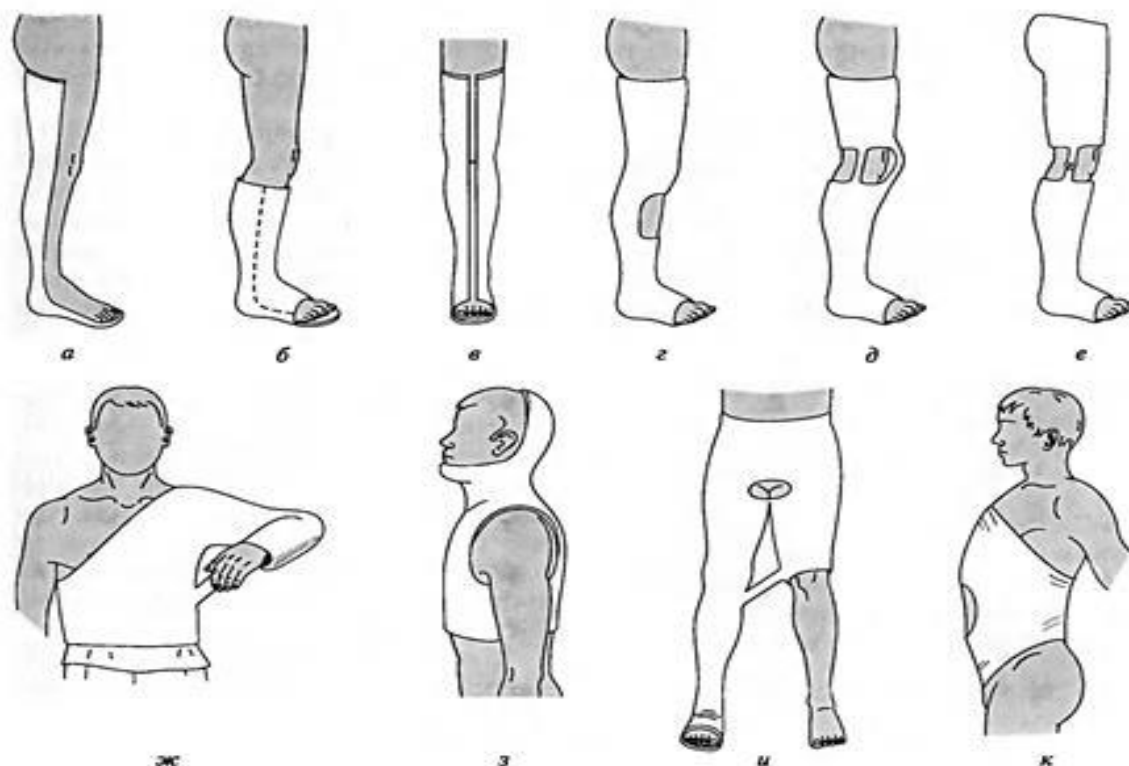
1. Повязку Дезо накладывают после предварительного вкладывания в подмышечную впадину валика из ваты, обернутого марлей. После осторожно согнуть поврежденную конечность в локтевом суставе, привести и прижать к груди.
2. Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.
3. Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.
4. Опустить бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.
5. Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны. Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье.
6. Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье. Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны. Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.
7. Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной руке в области плеча, спины. Заколоть конец повязки булавкой. Если повязка наложена на длительное время, туры бинта следует прошить.

3.2. Гипсовые повязки



Рис. 29. Гипсовые повязки

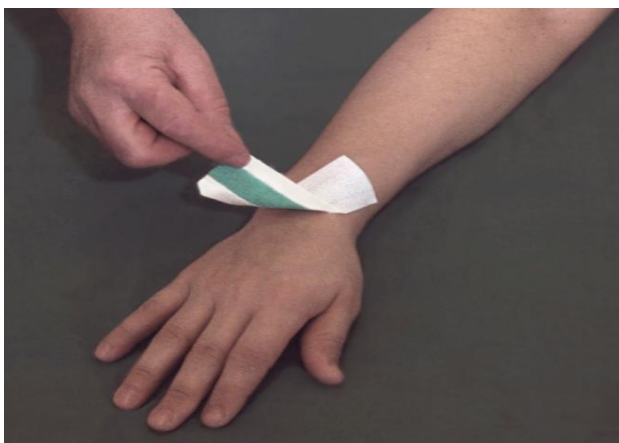
Медицинская затвердевающая повязка, приготавливаемая с использованием гипса. Применяется, прежде всего, при переломах костей, а также ушибах, растяжениях связок, некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Цель применения — иммобилизация, создание неподвижности в сегменте конечности или отдельных областях туловища для улучшения и ускорения процесса заживления, уменьшения болевого



6.3. Виды гипсовых повязок:

a — лонгетная; *b* — лонгетно-циркулярная; *в* — циркулярная рассеченная; *г* — окончатая; *д* — мостовидная; *е* — шарнирная; *ж* — торакобрахиальная; *з* — торакокраниальная; *и* — кокситная; *к* — корсетная

Пластырные повязки



Самофиксирующаяся прозрачная **повязка** на рану с впитывающей подушечкой, из полупроницаемой, водоотталкивающей и препятствующей проникновению микроорганизмов полиуретановой плёнки. Основой повязки является впитывающая подушка из инновационного нетканого материала, пропитанная антибактериальным раствором Бензалкония Хлорид в условиях промышленного производства. **Бензалкония хлорид** проявляет фунгицидную активность в отношении

грибов и бактерицидную активность против некоторых грамотрицательных (синегнойная и кишечная палочка, клебсиелла, протей и другие) и грамположительных (включая стрептококки, стафилококки) микроорганизмов при циркуляции раневого экссудата.



Рис. 30. Фиксирующие пластыри.

Клеоловые повязки

прозрачная клейкая жидкость, получаемая путем смешивания измельченной канифоли (45 частей) сподсолнечным маслом (1 часть), 95% спиртом (37 частей) и эфиром (17 частей); применяется как быстросохнущий клей, например, для фиксации повязок к коже.



Рис. 31. Клеевая повязка.

1. На рану положить перевязочный стерильный материал (салфетку, пропитанную лекарственными веществами);
2. Кожу вокруг повязки на ширину 3-4 см смазать помазком, смоченным клеолом;
3. Через 1-2 минуты после подсыхания клеола сверху положить растянутую за углы марлевую салфетку (она должна быть на 3-4 см шире наложенной повязки);
4. Салфетку плотно прижать к смазанной клеолом поверхности кожи;
5. Края салфетки, оставшиеся неприклеенными, подрезать ножницами.

Герметизирующая (акклюзионная) повязка

Показания: острый пневмоторакс, закрытый пневмоторакс (при транспортировке может перейти в открытый).

Необходимый инструментарий

- раствор антисептика
- стерильные салфетки
- воздухонепроницаемая ткань (клеенка, целлофан, ИПП)
- ватно-марлевые подушечки ИПП
- бинт

Последовательность действий

1. Придать пациенту полусидячее положение лицом к себе, успокоить.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Осмотреть место травмы, убедиться в наличие открытого пневмоторакса.
4. Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции.
5. Обработать кожу вокруг раны раствором антисептика.
6. Наложить на рану стерильные салфетки или подушечки индивидуального пакета.
7. Зафиксировать перевязочный материал двумя-тремя турами бинта.
8. Положить сверху воздухонепроницаемую ткань или прорезиненную внутреннюю оболочку ИПП.
9. Закрепить циркулярными турами бинта
10. Закончить бинтование, концы бинта приколоть булавкой или завязать на узел.

Примечание. Необходимо убедиться в эффективности повязки: повязка сухая, не промокает, хорошо держится, подсоса воздуха в плевральную полость нет.

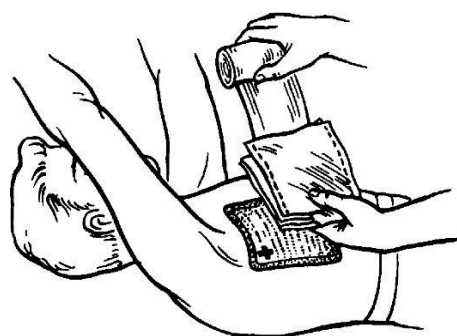


Рис. 31. Акклюзионная повязка.

Косыночные повязки



Косынка — кусок материи (лучше полотно, бязь) в виде прямоугольного равнобедренного треугольника, гипотенуза которого равна 1—1,5 м. В ней различают основание, верхушку и два конца. Косынка является самой старой формой повязки. В настоящее время чаще всего ее применяют для подвешивания руки при заболеваниях и повреждениях кисти, предплечья, плеча, переломах ключицы и др. Руку сгибают в локте до прямого угла и косынку подводят под нее так, что один (верхний) из длинных концов укладывается над ключицей со стороны больной руки, а второй конец свешивается вниз, верхушка же косынки выходит кнаружи из-под локтя. Завернув нижний конец вверх спереди от предплечья больной руки, проводят его на надплечье здоровой стороны и сзади на шею, где связывают с другим концом косынки. Верхушку косынки загибают вокруг локтя и укрепляют впереди локтя булавкой к повязке.

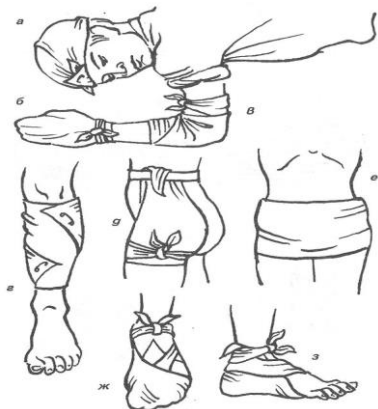


Рис. 32. Косыночные повязки.

4. Наложение транспортных шин.

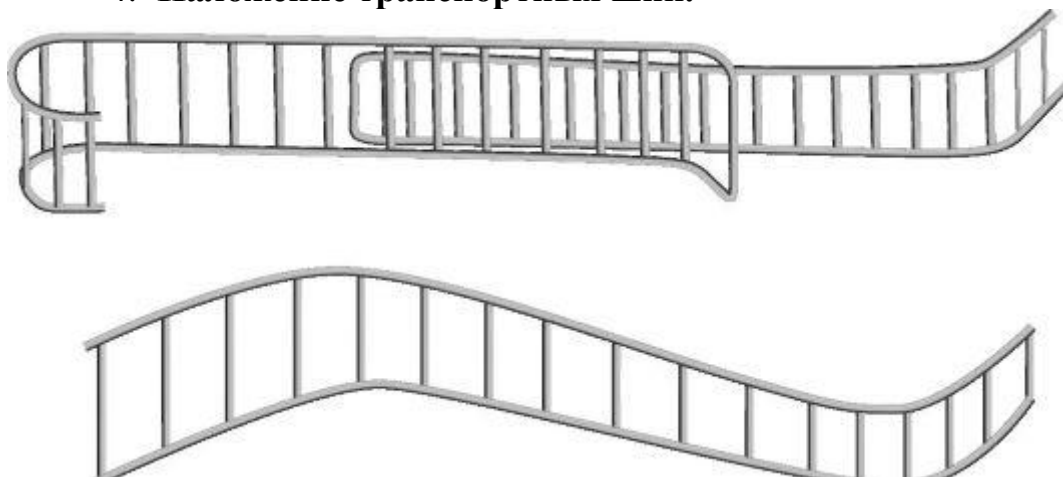


Рис. 33. Транспортные шины.

Наложение лангеты, шины Крамера.

1. Шину необходимо наложить так, чтобы она надежно иммобилизовала два соседних с местом повреждения сустава (выше и ниже повреждения), а при некоторых повреждениях и три сустава (при переломе бедра или плеча),

2. При иммобилизации конечностей желательно придать физиологически правильное положение.

3. При закрытых переломах (особенно нижних конечностей) необходимо произвести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси, которое следует продолжать до окончания наложения иммобилизирующей повязки.

4. При открытых переломах, когда из раны выступают наружу отломки кости, при оказании первой помощи вправлять их не следует. Наложив стерильную повязку, конечность без предварительного подтягивания и вправления отломков фиксируют в том положении, в каком она находится.

5. С пострадавшего не следует снимать одежду и обувь, так как это может причинить ему лишнюю боль. Кроме того, одежда, оставленная на пострадавшем, обычно служит в области повреждения дополнительной прокладкой для шин.

6. Нельзя накладывать жесткую шину непосредственно на голое тело. Предварительно ее необходимо выстлать мягкой подкладкой (ватой, полотенцем, сеном и т.д.). Нужно следить за тем, чтобы концы шин не врезались в кожу и не сдавливали кровеносные сосуды или нервы, проходящие вблизи костей, а также за тем, чтобы кожа не была сдавлена в тех местах, где имеются костные выступы.

7. При всех открытых повреждениях, прежде чем приступить к иммобилизации, нужно наложить на рану асептическую повязку.

При повреждениях суставов для транспортной иммобилизации применяют те же средства и способы, что и при повреждении костей.

8. Во время наложения иммобилизирующих повязок и перекладывания пострадавшего на носилки необходимо чрезвычайно бережно обращаться с частью тела, которую должен поддерживать специальный помощник.

9. Шина должна быть тщательно прикреплена к поврежденной конечности, составляя с ней единое целое.

Неправильная иммобилизация может оказаться не только бесполезной, но и вредной.

Возможные ошибки при наложении транспортных шин

1. Применение необоснованно коротких шин нарушает правило иммобилизации.

2. Наложение жестких стандартных шин без предварительного обертывания их ватой и марлей.

3. Неправильное моделирование шины в соответствии с анатомической локализацией области повреждения.

4. Недостаточная фиксация шины к поврежденной конечности бинтом.

5. Недостаточное утепление иммобилизированной конечности в зимнее время ведет к отморожению, особенно при кровотечении.

Наложение бандажа, суспензория.



Рис. 21а). Наложение Т-образной повязки на промежность. вид спереди.

Рис.33. Бандаж

Суспензорий - специальная поддерживающая повязка для мошонки. Применяется по назначению врача при воспалении яичек и их придатков, при расширении вен семенного канатика и после операций на органах мошонки. Обеспечивает покой, уменьшает натяжение семенных канатиков и застой крови в их венах

Суспензорий представляет собой хлопковый трикотажный мешочек, прикрепленный к эластичному поясу и фиксирующийся к нему двумя эластичными подпругами.

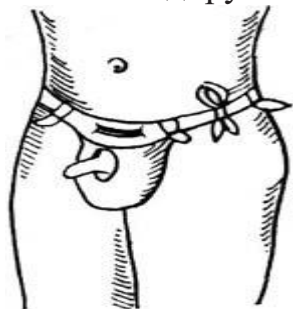


Рис. 34. Суспензорий.

Суспензорий обычно надевают утром, не вставая с постели, и снимают на ночь. Если суспензорий накладывают на мошонку поверх повязки, его снимают только при перевязках. В гигиенических целях следует иметь два и более суспензориев и стирать их при каждой смене.

Размер суспензория подбирается в зависимости от объема мошонки. Эластичный пояс суспензория универсален для объема по талии от 70 см до 130 см.

Измерение размера (объема) мошонки проводят с помощью мягкой (пластиковой или тканевой) сантиметровой ленты от точки начала полового члена до точки крепления мошонки в области промежности. Необходимо внимательно следить за тем, чтобы при проведении измерений лента не захватывала непосредственно половой член, так как это может привести к неправильному подбору размеров.

При выборе необходимого размера суспензория следует учесть, что изделие (как поясная, так и мошоночная части) выполнено из эластичных материалов. Это позволяет плотно фиксировать сам суспензорий на поясе и максимально стабилизировать положение мошонки.

Наложение шины Дитерихса.

Шина состоит из двух деревянных костылей — наружного и внутреннего, планки для крепления стопы (подстопника) и палочки-закрутки, прикрепленной к Шине шнурком. Каждый костыль состоит из двух половин, что позволяет изменять длину шины в зависимости от роста пациента. Шину накладывают непосредственно на месте происшествия. Переноска пациента без шины категорически запрещается. Шина сочетает фиксацию с одновременным созданием вытяжения конечности. *Перед наложением шины делают анестезию.* Показания: перелом в области бедра, повреждение в тазобедренном и коленном суставах.

Необходимый инструментарий

- шина Дитерихса
- 2 бинта
- ножницы

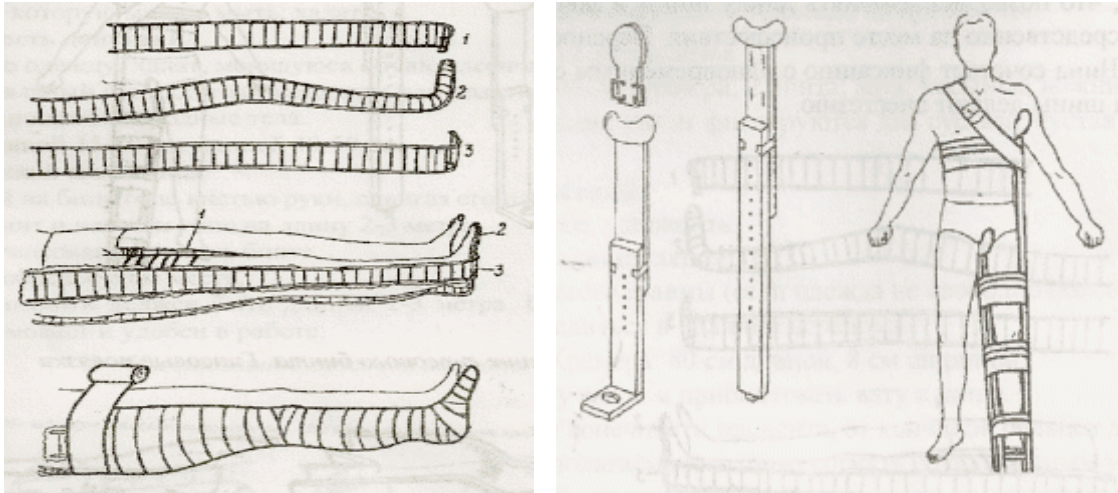


Рис. 35. Шина Дитерихса

Последовательность действий

1. Успокоить пациент.
2. Объяснить ход предстоящей манипуляции.
3. Разрезать одежду по шву (если одежда туго облегает конечность).
4. Осмотреть место травмы, убедиться в наличии перелома.
5. Приложить внутреннюю и наружную детали шины Дитерихса к здоровой конечности пациента (уменьшить или увеличить длину шины, в зависимости роста пациента).
6. Зафиксировать восьмиобразной повязкой подошвенную часть шины к стопе травмированной конечности пациента (обувь не снимать). Уложить в подмышечную впадину со стороны травмированной конечности наружную часть шины и закрепить так, чтобы она выступала за подошвенную поверхность стопы на 8-10 см.
7. Вставить в металлическое ушко подошвенной части шины наружную деталь шины Дитерихса.
8. Уложить в паховую область со стороны травмированной конечности внутреннюю часть шины и провести через внутреннее металлическое ушко подошвенной части, застегнуть перемычку подошвенной части.
9. Вложить под костные выступы (лодыжек, коленного сустава, большого вертела и крыла подвздошной кости) прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза.



Рис. 36. Наложение шины Дитерихса

Наложение кровоостанавливающего жгута на плечо, бедро, шею, закрутки.



Рис. 37. Жгуты

Показание: временная остановка артериального кровотечения.

Оснащение:

Салфетка, резиновый жгут, лист бумаги, карандаш, резиновые перчатки
Емкость с дезинфицирующим раствором, перевязочный материал

Последовательность действий:

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Приподнять травмированную конечность.
3. Осмотреть место травмы.
4. Наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью.
5. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность.
6. Наложить жгут в растянутом состоянии один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах.
7. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу.
8. Закрепить концы жгута цепочкой или кнопочным замком.
9. Поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута (час, минуты)
Примечание: Жгут накладывают на 1 час, а в холодное время года – не более 30 минут. После истечения заданного времени жгут необходимо ослабить на несколько минут, а затем снова затянуть. Жгут должен быть наложен в течении 2 часов.
10. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики.
11. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения.
12. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках.

13. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.



Рис. 13. Места наложения кровоостанавливающего жгута.

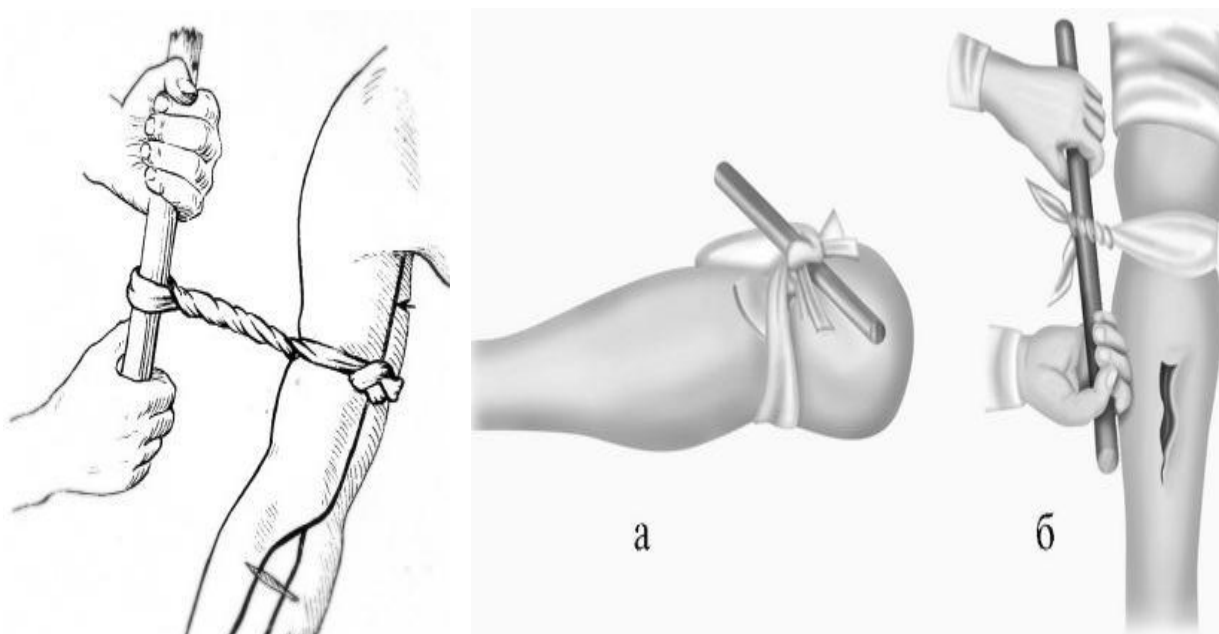


Рис.38. Наложение закрутки

Временная остановка артериального кровотечения.

Оснащение: салфетка, палочка, лист бумаги, резиновые перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором, перевязочный материал, бинт.

Последовательность действий:

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Придать конечности возвышенное положение.
3. Осмотреть место травмы.
4. Укрепить салфетку на уровне наложения закрутки.
5. Связать концы салфетки сверху.
6. Вставить палочку и закрутить до прекращения кровотечения и пульсации на периферических сосудах.
7. Зафиксировать повязкой свободный конец палочки.
8. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку.
9. Поместить под закрутку записку с указанием даты, времени наложения закрутки.
10. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках.
11. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

Наложение жгута на шею при ранении сосудистого пучка

Временная остановка артериального кровотечения.

Оснащение: шина Крамера, ватно-марлевый валик, стерильные салфетки, резиновый жгут, бинт, емкость с дезинфицирующим раствором.

Последовательность действий:

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Осмотреть раневую поверхность.
3. Отмоделировать шину Крамера перед наложением на шею.
4. Наложить асептическую повязку.
5. Наложить шину Крамера со здоровой боковой стороны головы и шеи (шина служит каркасом, на котором жгут натягивается вокруг шеи).
6. Наложить поверх закрепленной на раневой поверхности асептической ватно - марлевый валик.
7. Растянуть сильно жгут и обернуть вокруг шеи несколькими оборотами (2-3 раза).
8. Закрепить свободные концы жгута.
9. Сделать отметку о времени наложения жгута.
10. Транспортировать пациента в стационар на носилках полусидя
11. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость дезинфицирующим раствором.

Примечание: При отсутствии шины на голову со здоровой стороны кладут руку и фиксируют жгутом. При этом вместо шины используют плечо.

Признаки правильного наложения жгута и закрутки:

- Побледнение кожных покровов конечности;
- Отсутствие периферического пульса;
- Остановка кровотечения.

5. Хирургическая обработка раневых поверхностей.

Обработка чистой послеоперационной раны.



Рис.39. Обработка послеоперационных швов

Послеоперационная рана является стерильной и, только в этом случае есть гарантия заживления раны под швами, так называемым «первичным натяжением».

Свежие послеоперационные раны обязательно закрываются с помощью наложения швов, при этом добиваются полной стыковки краев раны, исключая возможность образования полостей. В дальнейшем производится обработка неинфицированных послеоперационных швов антисептиками (это может быть йод, спирт, обыкновенная марганцовка и пр.), смена повязок осуществляется до того момента, когда, уже можно удалить удерживающие рану швы. Все перевязки должны проходить в специально оборудованных помещениях – перевязочных, которые есть в любом хирургическом отделении больницы или поликлиники. Очень много определяет характер самой операции. Как известно, воздух способствует подсыханию и заживлению послеоперационных швов, поэтому ежедневно проводите перевязки, во время которых обрабатывайте швы антисептическими растворами. Можно воспользоваться раствором зеленки - 1 раз в день в течение 5 дней. Антисептики быстро подсушивают и ускоряют заживление под корочкой. Можете смазывать швы мазью Контрактубекс и использовать силиконовый пластырь. Пластырь предотвратит формирование грубого гипертрофического или келоидного рубца, поможет сделать рубец малозаметным (более светлым и гладким). Швы удаляют, в зависимости от локализации раны и течения самого процесса заживления – обычно на 9 – 12 день. Сам процесс удаления швов безболезненный для пациента и не требует анестезии. Обработка послеоперационных швов осуществляет непосредственно перед удалением их. Наверняка Вы уже знакомы как снимать швы. После удаления швов рану можно больше не закрывать повязками и, через пару дней, можно уже спокойно принимать душ.

Обработка гнойной раны.



Рис. 40. Гнойная рана

Раной называют нарушение целостности кожи или слизистой оболочки. Раневая инфекция развивается при нарушении равновесия между микробами, обсеменившими рану, и ослабленными защитными силами макроорганизма. Если обработать рану немытыми руками или перевязать нестерильным материалом, зона заражения возрастет.

Нагноение - это биологический процесс очищения раны, протекающий с участием микроорганизмов (протеолиз). Возникновение и развитие грануляционной ткани неразрывно связано с нагноением.

Тактика обработки гнойных ран зависит от симптомов самого нагноения.

Обработка и лечение гнойных ран направлены на удаление омертвевших тканей, дренирование поврежденного очага, подавление микрофлоры и ускорение регенерации.

- Первым делом, подготовьте все необходимое. Вам понадобятся марлевые салфетки, хирургические перчатки, бинт, лейкопластырь, перекись водорода, розовый раствор марганцовки, мазь Вишневского, пинцет и ножницы.

- Убедитесь в том, что все используемые материалы стерильны. Вымойте руки с мылом и вытрите одноразовым полотенцем.

- Наденьте перчатки и удалите загрязненную повязку с гнойной раны (при наличии таковой). Если она прилипла, капните на нее перекись водорода и извлеките таким образом, чтобы не повредить пораженный участок. Иначе рана может начать кровоточить.

- Поменяйте перчатки. Пинцетом аккуратно возьмите стерильную марлевую салфетку, обильно смочите ее раствором перекиси водорода и несколько раз протрите зону вокруг поврежденного участка. Это необходимо, чтобы избежать попадания новых бактерий, обитающих на коже.

- Затем вам нужно будет обработать рану несколько раз, чередуя перекись водорода и раствор марганцовки. Завершая процесс, пропитайте марлевую салфетку мазью Вишневского, наложите на рану и накройте сухой салфеткой. Теперь можно забинтовать пораженную область либо закрепить перевязочный материал лейкопластырем.

- Если рана глубокая и имеет большую площадь, после первичной обработки необходимо обратиться к врачу. Лечение серьезных гнойных ран во многих случаях требует хирургического вмешательства.

Обработка ожоговой поверхности.



Рис. 41. Термический ожог

Как правило, первая помощь при термических ожогах оказывается не медицинскими работниками, а поэтому, в зависимости от того, насколько правильно и быстро она была произведена, очень сильно будет зависеть глубина повреждения тканей и дальнейшее течение заболевания (а иногда и жизнь пострадавшего).

Обработка ожоговых ран и уход за ожоговой поверхностью.

При уходе за обожжённой поверхностью, кожа вокруг ожога обрабатывается раствором антисептика, а также удаляется отслоившийся эпидермис и инородные тела. Наиболее загрязнённые участки очищают при помощи перекиси водорода.

Очень крупные пузыри необходимо подрезать у основания и опорожнить. Отслоившийся в процессе данной операции эпидермис не нужно иссекать, так как он, прилипая к раневой поверхности, становится своеобразной биологической повязкой и способствует уменьшению болей, обеспечивая благоприятные условия для эпителизации.



Рис. Лечение ожогов

Закрытый и открытый способ лечения ожоговых ран.

Далее лечение производится либо под повязкой (закрытым способом), либо без неё (открытым). Иногда возможно сочетание двух способов.

Необходимо отметить, что закрытый способ имеет свои преимущества:

- Он защищает рану от вторичного инфицирования, переохлаждения и травмирования,
- Также уменьшается испарение воды из раны.
- При этом методе используются медикаментозные средства, которые подавляют рост бактерий и способствуют эпителизации раны.
- Транспортировка пациента без повязки невозможна.

Несмотря на то, что у данного способа имеется множество преимуществ, он также имеет свои недостатки:

- Перевязки – это очень болезненная процедура.
- При отторжении некротических тканей наступает интоксикация.
- Это очень трудоёмкий процесс, требующий большого расхода перевязочного материала.

В случае открытого способа лечения основная задача – это быстрое формирование сухого струпа, который в этой ситуации является биологической повязкой.

При применении данной методики лечения используется УФО, высушивающее действие воздуха, а также некоторые коагулирующие белки. Ожоговая поверхность обрабатывается антисептиками, обладающими коагулирующими свойствами (5% раствор марганцовки, зелёнка и пр.), после чего рана остаётся открытой. Важное условие – чтобы вокруг ран был тёплый и сухой воздух до 28 градусов. Такие обработки производятся 3 раза в день и, в случае адекватного лечения и соблюдения условий асептики и антисептики, происходит быстрое формирование сухого струпа.

Обработка искусственных стом

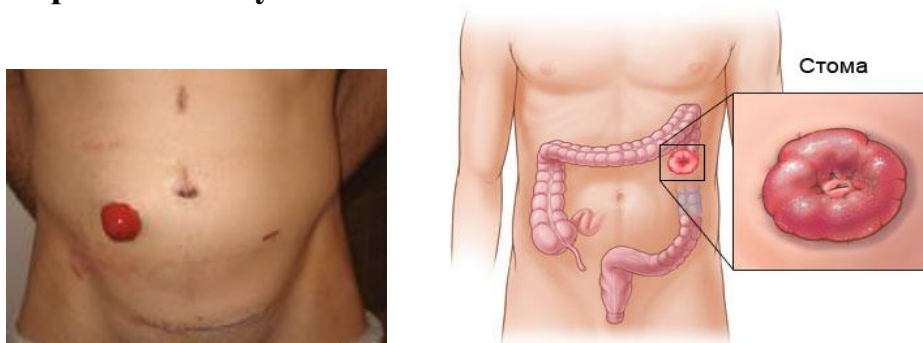


Рис.42. Искусственные стомы

Стома - это отверстие кишки, сформированное хирургическим путем после удаления всего или части кишечника, или мочевого пузыря, выведенное на переднюю брюшную стенку, предназначенное для отведения кишечника содержимого или мочи. Стома не имеет замыкательного

аппарата, поэтому стомированные пациенты не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения. Стома лишена и болевых нервных окончаний, поэтому боль не чувствуется

В этом случае при использовании средств ухода за стомой калоприемники не должны накладываться друг на друга (даже если расстояние между стомами очень небольшое). При таких стомах один ствол является действующим, через него происходит опорожнение кишечника. На действующий ствол наклеивается калоприемник. Другой ствол может быть необходим для удаления слизи или лечебных процедур. Его можно прикрыть мини капом (закрытым мешком минимальной емкости) или марлевой салфеткой.

Для ухода за кожей вокруг трахеостомы следует:

- очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток и теплой кипяченой воды или фурацилина (1 таблетка на 1 стакан кипяченой воды). Для этой цели можно использовать также слабо-розовый раствор марганцевокислого калия;
- подсушить кожу с помощью салфеток;
- нанести на чистую кожу либо цинковую пасту, либо пасту Лассара, либо мазь "Стомагезив". Можно обработать кожу тальком или сухим танином;
- избыток мази или пасты удалить с помощью салфетки;
- под ушки трахеостомической канюли завести стерильные салфетки с Y-образным разрезом. После чего закрепить фиксирующие завязки на шее.



Рис. 43. Средства для обработки стом.

Обработать подключичный катетер.

Профилактика осложнений: воздушной эмболии, инфицирования вены и кожи в месте введения катетера.

Показания: подключичный катетер вводится с целью длительной инфузионной терапии.

Оснащение: стерильный перевязочный материал, кожный антисептик, стерильный шприц, гепарин, изотонический раствор.

1. Следить, чтобы катетер был постоянно закрыт пробкой (заглушкой)

2. Кожу, в месте введения катетера, ежедневно обрабатывать антисептическим раствором.
3. Ежедневная смена асептической повязки
4. Перед подключением системы для введения растворов необходимо: - опустить головной конец (убрать подушку), - попросить пациента повернуть голову в противоположную от катетера сторону и задержать дыхание, - снять заглушку, присоединить к катетеру стерильный шприц, разрешить дышать, натянуть поршень шприца на себя, до появления крови, - попросить задержать дыхание, отсоединить от катетера шприц и подсоединить канюлю капельницы, разрешить дышать.
5. После введения растворов - промыть катетер раствором гепарина (0,5 мл гепарина т.е 2500 ЕД на 5,0мл изотонического раствора)
6. Отключение системы производится при опущенном головном конце и задержке дыхания пациента.
7. Если в течение суток внутривенная инфузия не производилась, в подключичный катетер вводится раствор гепарина в той же дозе (гепариновый замок)

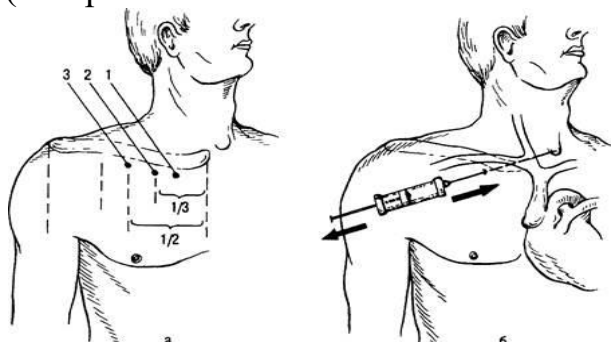


Рис. 44. Обработка подключичного катетера.



Рис. 45. Подключичный катетер

Снятие швов с раны (под контролем врача).

Наиболее распространенным способом соединения всевозможных биологических тканей (это могут быть как края раны, так и, например, стенки органов), уменьшения кровотечения, желчеистечения и др. является наложение хирургом швов.

Швы, которые были наложены на кожный покров и слизистые оболочки, снять несложно, поэтому их удаление чаще всего поручают опытной медицинской сестре. В остальных случаях работу проводит хирург, тем не менее, снять швы по силам практически всем медицинским специалистам.

Швы снимают при помощи небольших хирургических ножниц и пинцета.

Перед снятием швов, рану обрабатывают кожным антисептиком.

Медсестра пинцетом захватывают один из концов узла, который сделал врач при зашивании раны, и «протягивает» его в противоположную от направления зашивания сторону. В области белого отрезка (появляется при заживлении тканей) нить пересекают ножницами. В конце процедуры снятые нити утилизируются. Дабы предотвратить появление инфекции и ускорить регенерацию покрова - место послеоперационного рубца обрабатывают слабым раствором йодоната, после чего накладывается фиксирующая асептическая повязка на сутки.

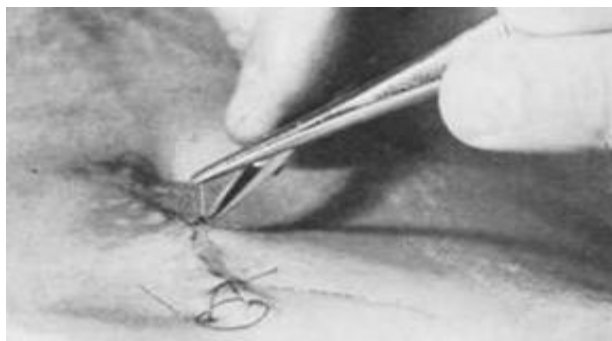
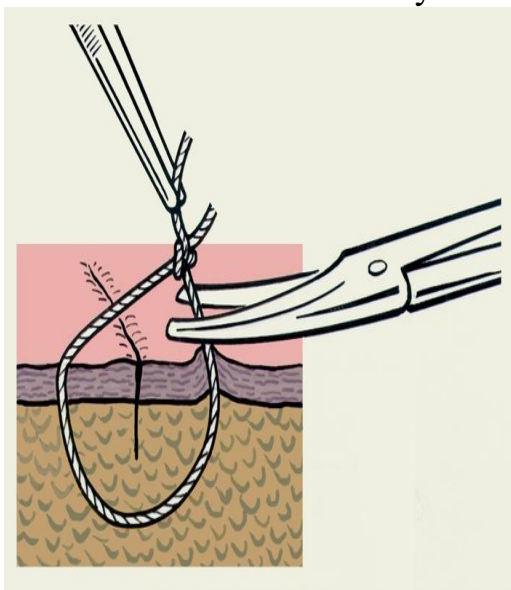


Рис.46. Снятие швов.

Методические указания для написания реферата

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

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

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

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

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

Оптимальный объём 15-20 страниц печатного текста.

Этапы работы над рефератом

1. Выбор темы.

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

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

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

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

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

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

2. Составление плана

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

Наиболее традиционной является следующая **структура реферата**:

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

Титульный лист заполняется по единой форме (Приложение 1).

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

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

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

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

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

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

Список литературы оформляется по следующим критериям:

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

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

Требования к оформлению реферата

По оформлению реферата предъявляются следующие требования:

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

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

Критерии оценки качества реферата преподавателем

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

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

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

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

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

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

Внимание!

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

Методические указания для подготовки доклада с использованием Internet-ресурсов

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

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

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

Для подготовки докладов по дисциплине студенты должны владеть информацией о наиболее известных Интернет-ресурсах эпидемиологической направленности: о новостных сайтах, предоставляющих информацию о заболеваемости, о сайтах, посвящённых статистической информации; о сайтах, предоставляющих аналитическую информацию и т.д.

Студентам необходимо ознакомиться с магистральными сайтами Сети; освоить механизм поиска информации в Интернете; поиск информации по заданной теме; проводить анализ материалов, полученных из Интернета.

Рекомендации для подготовки доклада

Обычно доклад следует декомпозировать на три части:

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

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

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

Этапы работы над докладом

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

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

Основными источниками информации выступают:

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

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

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

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

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

Оформление таблиц:

- название таблицы указывается сверху;
- для заголовка таблицы и текста выбирается шрифт одного размера;
- единицы измерения в таблице размещаются сразу после названия показателя;

- если единица измерения одна для всех показателей в таблице, то она выносится в заголовок;
- в таблицах не оставляются пустые ячейки;
- единицы измерения (например, проценты) не размещаются в ячейках таблицы рядом с цифрами;
- не имеет смысла давать цифры более чем с одним знаком после запятой (если только очень маленькое значение показателя, в виде исключения из правила – не более трех знаков после запятой);

Оформление доклада:

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

**Учебно-методическое и информационное обеспечение учебной
дисциплины
Основная литература**

				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составител(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	<u>Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций</u> : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей	Н. В. Широков а, И. В. Островская, И. Н. Ключикова [и др.]	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	100	
2	<u>Сестринское дело в хирургии</u> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970430507.html	В. Г. Стецюк	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	

Дополнительная литература

				Кол-во экземпляров	
№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	<u>Общая хирургия</u> [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970422816.html?SSr=0001332d84072aca6b5d50firina-krasmed	С. В. Петров	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	

2	<u>Общая хирургия</u> [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432143.html	В. К. Гостищев	М. : ГЭОТА Р-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (ВУЗ)	
3	<u>Организация специализированного сестринского ухода</u> [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970431979.html	Н. Ю. Корягина, Н. В. Широкова, Ю. А. Наговицына [и др.] ; ред. З. Е. Сопина	М. : ГЭОТА Р-Медиа, 2015.	ЭБС Консультант студента (Фармколледж)	
4	<u>Сестринский уход в хирургии</u> [Электронный ресурс] : сб. тестовых заданий с эталонами ответов для внеаудитор. (самостоят.) работы студентов 3-4 курса, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=51538	сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина, О. Ю. Тюльпанова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2015.	ЭБС КрасГМУ	
5	<u>Сестринский уход при хирургических заболеваниях</u> [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело (2 курс). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=63802	сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина	Красноярск : КрасГМУ, 2016.	ЭБС КрасГМУ	
6	<u>Сестринский уход при хирургических заболеваниях</u> [Электронный ресурс] : курс лекций для студентов, обучающихся по специальности 34.02.01 - Сестринское дело (3 курс). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=63803	сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина	Красноярск : КрасГМУ, 2016.	ЭБС КрасГМУ	
7	<u>Сестринский уход при хирургических заболеваниях</u> [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для студентов к практ. занятиям по	сост. Ю. И. Бодров	Красноярск : КрасГ	ЭБС КрасГМУ	

	специальности 34.02.01 - Сестринское дело (2 курс, 4 семестр). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=63807	, Т. Н. Лопатина	МУ, 2016.		
8	<u>Сестринский уход при хирургических заболеваниях</u> [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для студентов к практ. занятиям по специальности 34.02.01 - Сестринское дело (2 курс, 3 семестр). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=63808	сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина	Красноярск : КрасГМУ, 2016.	ЭБС КрасГМУ	
9	<u>Сестринский уход при хирургических заболеваниях</u> [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для студентов к практ. занятиям по специальности 34.02.01 - Сестринское дело (3 курс, 5 семестр). - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=63809	сост. Ю. И. Бодров, Т. Н. Лопатина	Красноярск : КрасГМУ, 2016.	ЭБС КрасГМУ	
10	<u>Хирургия</u> [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://e.lanbook.com/view/book/74277/	Э. Д. Рубан	Ростов н/Д : Феникс, 2013.	ЭБС Лань	

Электронные ресурсы
ЭБС КрасГМУ «Colibris»;
ЭБС Консультант студента ВУЗ
ЭБС Консультант студента Колледж
ЭМБ Консультант врача
ЭБС Айбукс
ЭБС Букап
ЭБС Лань
ЭБС Юрайт
СПС КонсультантПлюс
НЭБ eLibrary