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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**ДНЕВНИК**

**учебной практики**

Наименование практики Сестринский уход при хирургических заболеваниях.

Ф.И.О. Скворцова Ирина Васильевна

Место прохождения практики Фармацевтический колледж КрасГМУ

с « 7­» декабря 2020 г. по « 12 » декабря 2020 г.

Руководитель практики:

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

Красноярск

2020

**Содержание**

1. Цели и задачи практики

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

3. Тематический план

4. График прохождения практики

5. Инструктаж по технике безопасности

6. Содержание и объем проведенной работы

7. Манипуляционный лист

8. Отчет (текстовой)

9. Приложения

**Цель** учебной практики по МДК 02.01. «Сестринская помощь при различных заболеваниях и состояниях», раздел «Сестринский уход при хирургических заболеваниях» состоит в закреплении и совершенствовании приобретенных в процессе обучения и учебной практики профессиональных умений, формировании компетенций обучающихся по профессиональной деятельности медицинской сестры.

**Задачи:**

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

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

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

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

5. Закрепить практические умения студентов при работе с чистыми и гнойными ранами, искусственными стомами, при туалете подключичного катетера и катетеризации мочевого пузыря (у женщин).

6. Углубить теоретические знания и практические умения по уходу за пациентами, находящимися в периоперативном периоде.

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

**В результате учебной практики обучающийся должен:**

**Приобрести практический опыт:**

* осуществления ухода за пациентами при хирургических заболеваниях

**Освоить умения:**

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

**Знать:**

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

**Тематический план**

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

**График прохождения практики**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование разделов практики** | **Дата** |
|
|
| 1. | Изучение нормативных документов и приказов МЗ. РФ. Хирургическое и гигиеническое мытье рук, одевание стерильной одежды и перчаток, накрытие стерильного стола, стерилизация. | 07. 12. 2020 |
| 2 | Заполнение бланков направлений на лабораторные и инструментальные исследования. Наложение мягких бинтовых и без бинтовых повязок на различные анатомические области. | 08. 12. 2020 |
| 3 | Наложение транспортных шин при оказании ПМП. | 09. 12. 2020 |
| 4 | Наложение кровеостанавливающего жгута Эсмарха при артериальном кровотечении. | 10. 12. 2020 |
| 5 | Сбор хирургических наборов (инструментов) при различных хирургических вмешательствах.Наборы для спинномозговой пункции, новокаиновой блокады, плевральной пункции и определения групповой принадлежности крови. | 11. 12. 2020 |
| 6 | Обработка чистых, гнойных ран. Туалет подключичного катетера и искусственных стом.Итоговое занятие | 12. 12. 2020 |
| **Вид промежуточной аттестации**  | зачет |  |
| **Итого** |  | **36** |

**Инструктаж по технике безопасности**

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

Дата: 07. 12. 2020 Роспись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Содержание и объем проведенной работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Тема | Содержание работы |
| 07. 12. 2020 | ИЗУЧЕНИЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ И ПРИКАЗОВ МЗ. РФ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ГИГИЕНИЧЕСКОЕ МЫТЬЕ РУК, ОДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ И ПЕРЧАТОК, НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА, СТЕРИЛИЗАЦИЯ | ЗАНЯТИЕ №1ТЕМА: «ИЗУЧЕНИЕ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ И ПРИКАЗОВ МЗ РФ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ГИГИЕНИЧЕСКОЕ МЫТЬЕ РУК; ОДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ И ПЕРЧАТОК, НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА, СТЕРИЛИЗАЦИЯ»***Задание:***1.ОПИШИТЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДСЕСТРЫ ОПЕРБЛОКА, ПЕРЕВЯЗОЧНОГО И ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА.***Обязанности медсестры оперблока:**** Готовит операционную и участников к проведению операции.
* Следит за своевременной доставкой больного в операционную, правильным его расположением на операционном столе и транспортировкой из операционной.
* Оказывает помощь участникам операции при ее проведении, обеспечивая участников необходимыми инструментами, материалами, аппаратурой.
* В ходе операции следит за своевременным возвращением инструментов и перевязочного материала.
* Следит за соблюдением правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной.
* По окончании операции собирает инструменты, пересчитывает их; производит соответствующую обработку инструментов.
* Подготавливает белье, перевязочный и шовный материал, одежду, маски, инструменты и аппараты к стерилизации; контролирует качество стерилизации.
* Следит за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование материала, взятого во время операции от больного.
* Ведет необходимую учетно-отчетную документацию.
* Принимает и сдает дежурство по операционному блоку, проверяет наличие стерильного белья, материалов, растворов, инструментария и т.д., необходимых для дежурства, исправность аппаратуры, санитарное состояние операционной. После окончания дежурства ведет подсчет израсходованного и оставшегося операционного белья и материалов.

***Обязанности перевязочной медицинской сестры:**** Обеспечивать поддержание порядка работы и санитарногигиенического режима в перевязочной.
* Готовить перевязочный материал, складывать в биксы и доставлять его на стерилизацию в автоклав.
* Проводить очистку использованных хирургических инструментов, подготавливать их к стерилизации и стерилизовать в сухожаровом шкафу.
* Накрывать стерильный стол с перевязочным материалом и инструментами.
* Помогать врачу во время перевязок.
* Накладывать повязки больным.
* Руководить работой перевязочной санитарки.

***Обязанности процедурной медицинской сестры:*** * Выполняет назначенные лечащим врачом процедуры, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.
* Помогает при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач.
* Производит взятие крови из вены для исследования и отправляет ее в лабораторию.
* Обеспечивает учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах.
* Обеспечивает соблюдение правил асептики и антисептики в процедурном кабинете при проведении процедур.
* Стерилизует инструментарий и материал.
* Составляет требования на получение инструментария, оборудования, медикаментов и перевязочного материала и получает их в установленном порядке.
* Ведет учетно-отчетную документацию.
* Контролирует санитарно-гигиеническое содержание процедурного кабинета.
* Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
* Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.

2.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ГИГИЕНИЧЕСКОЕ МЫТЬЕ РУК.**ОБРАБОТКА РУК ДО И ПОСЛЕ ЛЮБОЙ МАНИПУЛЯЦИИ.***Цель:* Обеспечить инфекционную безопасность пациента и медперсонала, профилактику внутрибольничной инфекции.*Показания:* перед и после выполнения манипуляции, перед и после осмотра пациента, перед едой, после посещения туалета, после надевания и после снятия перчаток.*Противопоказания:* аллергия на дезинфицирующие средства. *Осложнений:* нет.*Оснащение:* мыло разовое, индивидуальное сухое полотенце, перчатки, дезинфицирующее средство: этиловый спирт 70 градусный или другое, предложенное учреждением в соответствии с нормативными документами (АХД - 2000, АХД - специаль и др.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Откройте кран и отрегулируйте капор воды. Вымойте барашки крана. | Профилактика инфицирования кожи рук |
| 2. | Намыльте руки мылом, начиная с запястья. | Обеспечивает качественное мытье |
| 3. | Мойте правую ладонь левой, а затем левую правой. Мойте межпальцевые промежутки тыльной стороны левой руки правой рукой и наоборот. | Последовательное выполнение манипуляции |
| 4. | . Сделайте замок из пальцев (с ладонной стороны) и потрите их, (моя ногтевые ложа). Потрите круговыми движениями каждый палец на левой руке, а затем на правой. | Качественное удаление микрочастиц из подногтевых пространств. |
| 5. | Ополосните руки теплой проточной водой, (начиная с запястья) и закройте кран. | контрольное смывание остатков мыла |
| 6. | Высушите руки индивидуальным или разовым полотенцем, начиная с кончиков пальцев, а затем выбросите полотенце в урну. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специаль) и одевают перчатки. | Профилактика В.Б.И. |
| 7. | Наденьте чистые перчатки, если этого требует манипуляция. | Безопасность персонала и пациента |

*Примечания:* руки моют двукратным намыливанием. Если нужно проводить инвазивные процедуры, то руки сразу после мытья обрабатывают одним из дезинфицирующих средств (70% этиловый спирт, АХД 2000, АХД 2000 специаль) и одевают перчатки.**СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ОБРАБОТКИ РУК ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ.**Цель: обеззараживание рук.Показания: подготовка рук к операции, перевязкам, манипуляциям.Противопоказания: гнойничковые заболевания рук, микротравмы, аллергии, дерматиты.Осложнения: аллергическая реакция на антисептик.Оснащение: щетки, мыло, антисептики, стерильные салфетки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Мыть руки с мылом под проточной водой течение 2х мин. Во время предварительного мытья рук с можно использовать стерильную щетку. | Последовательность выполнения манипуляции |
| 2. | Затем руки (до локтевого сгиба), обрабатывают трижды, (при помощи стерильных салфеток) последовательно, сначала правую кисть и предплечье, а затем левую, одним из кожных антисептиков в течении - (Спирт 96%-ный - 2 мин, Первомур 2,4%-ный -1 мин, Дегмин 1%-ный - 3 мин, Дегмицид - 3 мин, Диоцид 1:5000 – 3 мин, Хлоргексидина-биглюконат 5%-ный – 2-3 мин). |  Соблюдение требований асептики. |
| 3. | Руки просушить стерильной салфеткой от кончиков пальцев до средней трети предплечья, соблюдая последовательность и симметричность. | Качественность выполнения манипуляции |
| 4. | Одеть стерильные перчатки, если этого требует работа | Инфекционная безопасность |

3.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ОДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОЙ ОДЕЖДЫ И ПЕРЧАТОК.**ОДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОГО ХАЛАТА НА МЕДСЕСТРУ**Цель: одеть стерильный халат на медсестру.Показания: работа в стерильной одежде.Осложнения : аллергия на антисептик, моющие средства.Противопоказаний: нет.Оснащение: маска, чепчик, бахилы, стерильные салфетки, полотенце, бикс со стерильным материалом. Кожный антисептик.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Медсестра переодевается в специальную форму, надевает маску, чепчик, бахилы. |  |
| 2. | Моет руки хирургическим способом и обрабатывает их, 3-мя салфетками, используя кожный антисептик (первомур, хлоргексидин, АХД – 2000 и т.д.). | Последовательность выполнения манипуляции |
| 3. | Достает стерильными руками из бикса стерильный халат, разворачивает его, на вытянутых руках, левой стороной к себе, держа его на весу.  | Соблюдение норм асептики |
| 4. | Поочередно вставляет руки в рукава, и разводит руки в стороны, а санитарка, зайдя с зади, за тесемки на халате подтягивает его к себе тем самым натягивает халат на плечи медсестры. | Соблюдение норм асептики |
| 5. | Тесемки на рукаве медсестра завязывает самостоятельно, а затем подает пояс его санитарке отступя 10 см от кончика с обеих сторон (под контролем зрения), которая берет их и завязывает сзади. | Соблюдение норм асептики |
| 6. | Затем медсестра надевает стерильные перчатки беря их самостоятельно из бикса или из стерильного пакета, (который открывает санитарка).  | Качественность выполнения манипуляции |
| 7. | Надетые перчатки должны скрывать тесемки на рукавах. | Готовность к работе |

**ОДЕВАНИЕ СТЕРИЛЬНОГО ХАЛАТА ВРАЧА**Цель: одеть стерильный халат на врача.Показания: работа в перевязочной, операционной.Противопоказаний: нет.Оснащение: бикс со стерильным бельем, стерильные салфетки, полотенце, кожный антисептик, маска, чепчик, бахилы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Одетая в стерильную одежду, медсестра берет из открытого бикса халат. | Последовательность выполнения манипуляции |
| 2. | Осторожно чтобы не задеть за посторонние предметы, разворачивает его левой стороной к врачу и натягивает его на вытянутые руки хирурга, при этом руки медсестры все время находятся на правой (стерильной) стороне. | Соблюдение норм асептики |
| 3. | Затем она поправляет рукава и завязывает тесемки на рукавах. | Соблюдение требований к проведению манипуляции |
| 4. | Далее медсестра берет стерильные перчатки из бикса за внутреннюю часть отворотов и натягивает перчатки на (растопыренные пальцы врача) до запястья при этом перчатки должны закрыть тесемки халата. | Соблюдение норм асептики |
| 5. | И наконец, пинцетом подает врачу салфетку, смоченную в антисептике для обработки перчаток. | Готовность врача к работе |

**ОБЛАЧЕНИЕ В СТЕРИЛЬНЫЕ ПЕРЧАТКИ.**Цель: соблюдение правил асептики во время операции, перевязки, манипуляций.Показания: операции, манипуляции, перевязки.Противопоказаний: нет.Оснащение: стерильные перчатки, 96%-ный спирт, марлевые шарики, салфетки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | После облачения в стерильный халат достать упаковку со стерильными перчатками из бикса. | Последовательность выполнения манипуляции |
| 2. | Развернуть упаковку- салфетку, не касаясь перчаток. | Соблюдение принципов асептики |
| 3. | Завернуть манжету перчаток, захватив ее изнутри первым и вторым пальцами. | Соблюдение принципов асептики |
| 4. | Захватив за манжету правой перчатки изнутри, левой рукой натянуть перчатку на правую руку и нижнюю треть предплечья, заправив на халат. | Соблюдение требований к последовательному выполнению манипуляции |
| 5. | Расправить перчатки на руках, обработать их марлевыми шариками, смоченными спиртом. | Качественность выполнения манипуляции |
| 6. | Облачение хирурга в перчатки (медицинская сестра в стерильных перчатках). |  |
| 7. | Достать и развернуть упаковку с перчатками. | Последовательность выполнения манипуляции |
| 9. | Взять надеваемую перчатку за манжету снаружи кончиками пальцев обеих рук. | Соблюдение принципов асептики |
| 10. | Повернуть перчатку к хирургу ладонной поверхностью и надеть на руки хирурга. | Соблюдение принципов асептики |
| 11. | Аналогичную манипуляцию проделать со второй перчаткой. |  |
| 12. | Подать шарик со спиртом хирургу для обработки перчаток. | Качественность выполнения манипуляции |

4.ОПИШИТЕ АЛГОРИТМ НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА.**НАКРЫТИЕ СТЕРИЛЬНОГО СТОЛА В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ И ПРОЦЕДУРНОМ КАБИНЕТЕ**Цель: накрыть стерильный стол.Показания: работа в перевязочной, операционнойПротивопоказаний: нет.Осложнения: аллергия на антисептик, моющие средства.Оснащение: колпачок, маска, бахилы, стерильное полотенце, салфетки, кожный антисептик, бикс со стерильным бельем, бельевые цапки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Надеть колпачок и маску, под проточной водой с мылом вымыть руки и вытереть насухо стерильным полотенцем. | Соблюдение приказа МЗ. РФ. |
| 2. | Обработать руки ра-ром (хлоргексидина, первомура, АХД-2000), трижды, тремя салфетками по правилам. | Соблюдение требований асептики.  |
| 3. | Одеть стерильный халат с помощью санитарки на себя. В открытом санитаркой биксе проверить индикатор стерильности, затем рукой раскрыть простынь, выстилающую бикс так, чтобы она закрыла края бикса. | Последовательность выполнения манипуляцииСоблюдение требований асептики. |
| 4. | Санитарка трижды обрабатывает столешницу стола дезраствором (тремя салфетками). | Профилактика ВБИ |
| 5. | Достать стерильными руками из бикса простынь, развернуть на вытянутых руках и разложить на столе в один слой так, чтобы она свисала впереди со столешницы на20 см. | Последовательность накрытия стерильного стола |
| 6. | Вторую, третью и четвертую простынь складывают в двое и укладывают на стол так, чтобы они свисали над столом не более чем на10-15 см., а затем укладывают пятую простынь в один слой полностью закрывающий все предыдущие. | Соблюдение требований асептики.  |
| 7. | Далее хирургическими цапками «бельевыми цапками» захватывают передние концы 5 простыни, а сзади захватывают все слои с 2х сторон, далее первую простынь поднимают вверх, отсчитывают три слоя нижележащих простыней и также захватывают бельевыми цапками. | Качественность выполнения манипуляции |

ПРИМЕЧАНИЕ: ВНИМАНИЕ!* Стерильный стол считается стерильным в течении 6 часов, после взятия со стола инструментария тут же закрывается.
* Со стерильного стола медицинская сестра берет инструментарий стерильным сухим пинцетом, Неиспользованный инструмент, взятый со стерильного стола, обратно не возвращается.

5.ОПИШИТЕ ПРИНЦИПЫ СОБЛЮДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.**Лечебно – охранительный режим хирургического отделения**Лечебно-охранительный режим предусматривает создание благоприятных условий для эффективного лечения, нравственного и психического покоя, уверенности больных в быстрейшем и полном выздоровлении и включает:* четкое соблюдение распорядка дня в отделении, который должен быть построен с учетом интересов больного. Так, во время сна и отдыха не следует беспокоить больных лечебными и диагностическими манипуляциями, а также уборкой помещений. Если больному выполняется манипуляция ночью, то включить лучше не общий свет в палате, а индивидуальный. Нужно вовремя выключить телевизор в холле, следить, чтобы после 22 ч. были выключены радиоприемники и телевизоры в палатах;
* преобразование внешней больничной среды – в отделении должно быть чисто, тепло, уютно, тихо. Медперсонал отделения должен разговаривать негромко и следить, чтобы больные между собой говорили тихо. Флоранс Найтингейл писал: «… на больного тягостнее всего действует всякий ненужный шум и суматоха. Они возбуждают в нем в высшей степени напряжение и чувство ожидания чего-то»;
* чуткое бережное отношение медицинского персонала к больному. Обращение к нему по имени – отчеству. Умение хранить «сердечные тайны» его. Умение слушать и слышать (нередко больной благодарен врачу только за то, что он его внимательно выслушал). Проведение разбора и обмена мнениями во время врачебного обхода вне палаты;
* проведение беседы с больным накануне операции, а также обязательное ежедневное посещение его в послеоперационном периоде оперирующим хирургом (даже если больной находится в ОРИТ);
* профилактику стрессовых ситуаций – медперсонал должен следить, чтобы в окружении больного не было раздражающих факторов.
* **Особенности организации санитарно-эпидемического режима в хирургическом отделении**
* Современные внутрибольничные инфекции в хирургических клиниках вызываются различными микроорганизмами и клинически проявляются в основном синдромом нагноений и септических поражений. Источниками внутрибольничных инфекций в хирургических стационарах являются больные острыми и хронически формами гнойно-септических заболеваний и бессимптомные носители патогенных микроорганизмов среди больных и персонала. В зависимости от локализации возбудителя выделение его из организма больного или носителя происходит через различные органы и ткани (дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, моче-половой тракт и др.). Для профилактики и борьбы с послеоперационными гнойными осложнениями организуют и проводят комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на выявление и изоляцию источников инфекции и перерыв путей передачи:
* своевременное выявление и изоляцию в специальные отделения (секции), палаты больных, у которых послеоперационный период осложнился гнойно-септическими заболеваниями;
* своевременное выявление носителей патогенного стафилококка и их санацию;
* применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля;
* организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала;
* использование инструментария и изделий медицинского назначения одноразового применения;
* использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды (постельные принадлежности, мягкий инвентарь, одежда, обувь, посуда и т.д.), имеющих эпидемиологическое значение в механизме передачи внутрибольничных инфекций.
 |
| 08. 12. 2020 | ЗАПОЛНЕНИЕ БЛАНКОВ НАПРАВЛЕНИЙ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. НАЛОЖЕНИЕ МЯГКИХ БИНТОВЫХ И БЕЗ БИНТОВЫХ ПОВЯЗОК НА РАЗЛИЧНЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ. | ЗАНЯТИЕ №2ТЕМА: «ЗАПОЛНЕНИЕ БЛАНКОВ НАПРАВЛЕНИЙ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. НАЛОЖЕНИЕ МЯГКИХ БИНТОВЫХ И БЕЗБИНТОВЫХ ПОВЯЗОК НА РАЗЛИЧНЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ».***Задание:***1.ОПИШИТЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.**Эпидемиологический надзор за ВБИ в хирургических стационарах (отделениях) предусматривает:*** выявление, учет и регистрацию ВБИ у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических данных;
* анализ заболеваемости ВБИ у пациентов;
* выявление групп и факторов риска возникновения ВБИ среди пациентов;
* характеристику лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях);
* данные об антибиотикопрофилактике и терапии;
* микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ (данные видовой идентификации возбудителей ВБИ, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение чувствительности/резистентности выделенных штаммов к антимикробным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др.);
* выявление, учет и регистрацию ВБИ у медицинского персонала;
* анализ заболеваемости ВБИ среди медицинского персонала;
* оценку эффективности проводимых мер борьбы и профилактики.

2.ОПИШИТЕ РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ.* Медицинская сестра, внимательно наблюдающая за состоянием больного, его внешним видом, пульсом, дыханием, температурой, органами желудочно-кишечного тракта, мочеиспусканием, кожными покровами, может рано заметить развивающееся осложнение, вовремя сигнализировать. Об этом врачу и быстро оказать больному первую помощь.
* Одним из показателей состояния больного является его внешний вид. Такие грозные осложнения, как внутреннее кровотечение, падение сердечной деятельности, недостаточность дыхания, воспаление брюшины (перитонит), вызывают характерные изменения внешнего вида. Прогрессирующее побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, возбуждение или, наоборот, безразличное отношение к окружающему, зевота, а несколько позднее судорожное дыхание, как бы заглатывание воздуха, являются признаками кровотечения.
* Внезапно наступающая бледность лица с цианозом губ, похолодание конечностей, холодный пот, расслабление мускулатуры, сопровождающиеся падением артериального давления, и исчезновение пульса (или нитевидный пульс) характерны для коллапса. Очень характерен вид больного при шоке.
* Значительный цианоз и одутловатость лица, цианоз конечностей, учащенное шумное дыхание, беспокойство больного указывают на дыхательную недостаточность. Гиперемия лица (пылающие щеки), повышенная температура тела, выраженная одышка являются симптомами начинающегося воспаления легких. Воспаление брюшины (перитонит) также вызывает изменение общего вида больного: заостряются черты лица, глаза западают, лицо становится маскообразным, развивается бледность с серо-пепельным оттенком.
* Необходимо помнить, что после любой операции возможно повышение температуры тела. Для раннего послеоперационного периода характерно повышение температуры до 38°.
* Наблюдение за деятельностью сердца проводится с помощью ощупывания пульсации артерий на предплечье (пульс) и измерения артериального давления, а так же кардиограммы. Соответственно повышению температуры тела после операции происходит некоторое учащение пульса. Однако значительное учащение (более 100 ударов в минуту) может указывать на развивающееся осложнение. Изменение свойств пульса (частота, наполнение) или его исчезновение не может происходить без причины. Поэтому о всяком нарушении пульса необходимо немедленно сигнализировать врачу и приготовить все необходимое для введения лекарств (шприц, иглы, сердечные средства и др.).
* Основное, на что должна обращать внимание сестра при наблюдении за органами дыхания больного, - это ритмичность и частота дыхательных движений, большое значение имеет также глубина дыхания. Иногда бессознательное состояние больного можно принять за глубокий сон. В последнем случае дыхание может быть и учащено, но ритмично, при потере сознания, особенно вызванном нарушением кровоснабжения мозга, дыхание шумное, нередко сменяющееся длительными паузами или постепенным затуханием дыхательных движений. Признаком многих грозных осложнений являются резкая одышка, клокочущее дыхание со слышимыми на расстоянии сухими и влажными хрипами.
* Наблюдение за органами пищеварения позволяет также оценить состояние больного, выявить некоторые начинающиеся осложнения. Икота и рвота могут быть проявлениями воспаления брюшины (перитонита). Нередко характер рвотных масс позволяет выявить у больного желудочное кровотечение. Необходимо, однако, помнить, что причиной рвоты может быть наркоз. Огромное значение играет своевременное выявление метеоризма, который, с одной стороны, может быть симптомом какого-нибудь осложнения (перитонит), с другой - причиной возникновения новых осложнений (нарушение сердечной деятельности, воспаление легких). Сестра, чтобы не пропустить какое-нибудь осложнение обязана осматривать испражнения больного. О развитии осложнения свидетельствует появление черного, «дегтеобразного» кала или наличие в каловых массах алой крови, слизи и др.
* Огромное значение после операции имеет наблюдение за функцией органов мочевыделения. Важным критерием обезвоженности организма является количество выделяемой мочи.
* Не меньшее значение имеет наблюдение за кожными покровами. При появлении бледности, синюшности, желтушности кожных покровов требуется принятие срочных мер по борьбе с осложнением. Нередко кожные покровы первыми реагируют на непереносимость организмом тех или иных лекарств: появляются лекарственная сыпь, крапивница. Внимательное наблюдение за областью операционной раны позволяет предупредить развитие в ней гнойного воспалительного процесса. Сестра должна следить, чтобы повязка была сухой, чтобы на нее не попадали моча, рвотные и каловые массы, вода из пузыря со льдом и др. В первые сутки в ране возможно скопление крови и образование гематом.
* Недостаточное питание, развивающееся истощение и авитаминоз в результате нарушения обмена веществ в организме резко нарушают процессы срастания тканей, что может стать причиной расхождения краев раны.

3.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ АЛГОРИТМ ПОВЯЗОК:**НАЛОЖЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЯЗКИ**Цели: Прекратить попадание воздуха в плевральную полостьПоказания: проникающее ранение грудной клетки, ранение вен шеи.Противопоказаний: нет.Осложнение: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: кожный антисептик (70-96% этиловый спирт, 1% раствор йодоната), перчатки, стерильные салфетки, целлофан, марлевый валик, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии открытого пневмоторакса | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
|  | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 3. | Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната).  | Профилактика инфицирования. |
| 4. | . При наличии ИПП, вскрываем его и прикладываем к ране стерильной стороной. |  |
| 5. | При отсутствии ИПП, положите на рану стерильную салфетку, затем нужного размера кусок целлофанового пакета, смазываем вазелином и прикладываем к ране (прижимая по периферии). | Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию. |
| 6. | При наличии ИПП, одну ватно-марлевую подушечку плотно прижимают в проекции раны к прорезиненной оболочке, а другую продвигают по бинту на противоположную сторону. |  |
| 7. | При отсутствии ИПП, из бинта или ткани изготавливают валик и прикладывают в центр предполагаемой раны поверх целлофана |  |
| 8. | Фиксируют валик (подушечку) бинтом или тканью циркулярной повязкой с портупеей. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего. |
| 9. | Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки | Профилактика осложнений |

Примечание: при отсутствии (ИПП), можно использовать клеенку, целлофан, лейкопластырь и т.д.**НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ ДЕЗО**Цели: наложить повязку «Дезо».Показания: травма, операции на плече, заболевания плечевой кости.Противопоказаний: нет.Осложнение: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: кожный антисептик, стерильные салфетки, бинты, пинцеты, маска, перчатки, лечебные растворы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. |  Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. | Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на рану стерильную салфетку. | Профилактика инфицирования. |
| 5. | Поместить в подмышечную впадину ватную подушечку (валик). | Последовательное исполнение , гарантирует хорошую фиксацию |
| 6. | Перевести руку на грудь. Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом. |  |
| 7. | Провести закрепляющий тур к больной руке вокруг туловища, плотно прижимая плечо к грудной клетке. |  |
| 8. | Провести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны. |  |
| 9. | Провести бинт вниз по задней поверхности больного плеча под локоть. |  |
| 10. | Обогнуть локтевой сустав и поддерживая предплечье направить бинт косо вверх в подмышечную впадину здоровой стороны. |  |
| 11. | Провести бинт по задней поверхности грудной клетки на больное надплечье. |  |
| 12. | Опустить по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье. |  |
| 13. | Направить бинт на заднюю поверхность грудной клетки в подмышечную впадину здоровой стороны и зафиксировать булавкой. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния. |
| 14. | Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки | Профилактика осложнений |

**НАЛОЖЕНИЕ «ЧЕРЕПИЧНОЙ» ПОВЯЗКИ НА КОЛЕННЫЙ СУСТАВ (расходящейся, сходящейся)**Цели: наложить черепичную повязку.Показания: травма или заболевания локтевого, коленного сустава.Противопоказаний: нет.Осложнение: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: кожный антисептик, маска, перчатки, лечебные растворы, стерильный материал, пинцеты, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии раны или ушиба. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Уложите или усадите (в зависимости от места травмы) пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. | Обработать кожу вокруг раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. | Профилактика инфицирования. |
| 5. | Закрепляющий тур в области коленного сустава начинают с кругового хода бинта через подколенную чашечку. | Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию. |
| 6. | Затем бинт направляется на заднюю поверхность сустава в проекции подколенной ямки с переходом на голень. |  |
| 7. | Далее вокруг голени, через подколенную ямку и на бедро, прикрывая предыдущий тур на ½. |  |
| 8. |  Туры бинта идут попеременно, выше и ниже, перекрещиваясь в подколенной области.Закрепляется повязка в нижней трети бедра. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего. |
| 9. | Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки | Профилактика осложнений |

**НАЛОЖЕНИЕ «ВОСЬМИОБРАЗНОЙ» ПОВЯЗКИ НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ.**Цель: Фиксация голеностопного сустава, перевязочного материала.Показания: травмы в области голеностопного сустава.Противопоказаний: нет.Осложнение: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: маска, перчатки, кожный антисептик, стерильный материал, пинцеты, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии раны или ушиба. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Уложите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего. |
| 4. | Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. | Профилактика инфицирования |
| 5. | Накладывают фиксирующий тур выше голеностопного сустава.  | Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию. |
| 6. | По тыльной поверхности голеностопного сустава бинт переводят на стопу. |  |
| 7. | Далее вниз на подошвенную поверхность стопы, переходят на внутреннюю поверхность сустава и голень, где осуществляют фиксирующий тур. |  |
| 8. | Затем повторяют данный ход бинта многократно до полной фиксации сустава. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего |
| 9. |  Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки |  Профилактика осложнений |

**НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА ВСЮ КИСТЬ «варежка».**Цель: фиксация перевязочного материала.Показания: ожоги, отморожения, ранения кисти.Противопоказаний: нет.Осложнения: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: маска, перчатки, кожный антисептик, стерильный материал, пинцеты, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии раны или ушиба. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. |  Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. | Профилактика инфицирования |
| 5. | Фиксирующий тур наложить в области лучезапястного сустава. | Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию. |
| 6. | Далее бинт перегнуть и вести по тыльной стороне кисти до кончиков пальцев. |  |
| 7. | Затем по ладонной стороне до нижней трети предплечья перегнуть. |  |
| 8. | Несколькими возвращающимися турами полностью закрыть пальцы. |  |
| 9. | Повязку закончить спиральными восходящими оборотами бинта от пальцев на кисть и закрепить на предплечье фиксирующим туром. | Качественное выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего. |
| 10. | Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. | Профилактика осложнений |

**НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА ПАЛЬЦЫ КИСТИ****(перчатка).**Цель: фиксация перевязочного материала.Показания: отморожения, ожоги, ранение всех пальцев кисти.Противопоказаний: нет.Осложнения: нарушение кровообращения тугой повязкой.Оснащение: маска, перчатки, кожный антисептик, стерильный материал, пинцеты, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии раны или ушиба. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. |  Обработать кожу при наличии раны (70% этиловым спиртом, 1% раствором йодоната). Положить на травмированное место (рану) стерильную салфетку. | Профилактика инфицирования |
| 5. | Фиксирующий тур наложить на область лучезапястного сустава. | Последовательное исполнение манипуляции, гарантирует хорошую фиксацию. |
| 6. | Затем бинт с лучевого края лучезапястного сустава вести косо на тыл запястья по направлению к пятому пальцу левой кисти, к первому пальцу правой кисти. |  |
| 7. | Отсюда накладывать обычную спиралевидную повязку. |  |
| 8. | Закончив бинтование пальца, бинт перевести на тыл кисти и косо направить к локтевой стороне лучезапястного сустава. |  |
| 9. | Фиксирующий тур в области лучезапястного сустава. |  |
| 10. | Так же бинтовать все остальные пальцы. Повязку закончить фиксирующим туром в области лучезапястного сустава. | Качественное выполненная манипуляция способствует улучшению состояния пострадавшего. |
| 11. | Проверяем правильность, эффективность и эстетичность данной повязки. | Профилактика осложнений |

 |
| 09. 12. 2020 | НАЛОЖЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫХ ШИН ПРИ ОКАЗАНИИ ПМП | ЗАНЯТИЕ №3ТЕМА: «НАЛОЖЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫХ ШИН ПРИ ОКАЗАНИИ ПМП»***Задание:***1.ОПИШИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ.***Транспортная иммобилизация,*** это средство на время доставки больного в стационар. Это временная мера (от нескольких часов до нескольких дней). Транспортные шины делятся на шины, фиксирующие и шины, сочетающие фиксацию с вытяжением. Фиксирующие – наибольшее распространение получили фанерные, проволочно-лестничные, досчатые, картонные; К шинам с вытяжением относятся шины Томаса-Виноградова и Дитерихса. ***Основные принципы транспортной иммобилизации:**** шина должна захватывать два, а иногда (нижняя конечность) и три сустава;
* при иммобилизации необходимо по возможности придать конечности физиологическое положение;
* при закрытых переломах до окончания иммобилизации произвести легкое осторожное вытяжение конечности по оси;
* при закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно;
* при открытых переломах вправление отломков не производится, рану закрывают повязкой и иммобилизируют;
* нельзя накладывать жесткую шину прямо на тело, необходима прокладка;
* во время перекладывания больного, поврежденную конечность поддерживает помощник;
* надо помнить, что неправильно выполненная иммобилизация может принести вред больному в результате дополнительной травматизации; Для лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата существуют два основных метода: консервативный и оперативный. При консервативном лечении выделяют метод фиксации и вытяжении.

***Существенное значение при консервативном лечении имеют средства фиксации:**** гипсовые повязки;
* различные шины и аппараты;
* средства мягкой фиксации (бинты, лейкопластырь и т. д.).

Среди всех отвердевающих повязок наибольшее распространение получила гипсовая повязка. Недостатком гипсовой повязки является то, что при развитии отека она становится слишком тугой и ее приходится заменять, а при уменьшении отека повязка ослабевает и становится менее эффективной. Перед наложением гипсовой повязки при необходимости производится обезболивание места перелома и репозиция. В целях уменьшения отека после наложения гипсовой повязки конечности придают возвышенное положение на 1-2 дня.2.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ОБЩУЮ РЕАКЦИЮ ОРГАНИЗМА НА ТРАВМУ.***Общая реакция организма*** наблюдается при сильных травмах, сопровождающихся обширным повреждением кожных покровов, размозжением мягких тканей и костей, повреждением крупных нервных стволов и сосудов. ***Общая реакция организма*** возможна при травмах с большими кровопотерями, при открытых повреждениях органов грудной и брюшной полостей. В основе общей реакции организма на травму лежит нарушение нейрогуморальной регуляции со стороны ЦНС и желез внутренней секреции. Клинически общая реакция организма на травму проявляется в виде коллапса, шока и обморока. ***Коллапс - Collapsus (лат.)*** - " упавший " - быстро возникающее, внезапное ослабление всех жизненно важных функций организма, особенно сердечной деятельности, что сопровождается резким падением артериального давления. Причины коллапса: травмы с обильными кровопотерями и сильными болями. Коллапс также может быть при острых интоксикациях, стрессовых состояниях, мышечных переутомлениях. Клинические признаки характеризуются проявлением общей слабости, в результате чего животное ложится. Пульс учащенный, слабого наполнения (pulsus biliformis). Дыхание редкое, поверхностное. Отмечается бледность слизистых оболочек. Зрачки расширены. Понижаются общая температура и чувствительность. Конечности холодные. К лечению животных с признаками коллапса приступают немедленно. Во-первых, устраняют причину. Если коллапс вызван обильной кровопотерей, прибегают к остановке кровотечения. Если кровотечение наружное, то накладывают жгут, делают тампонаду, перевязывают сосуды. Повышают свертываемость крови путем введения внутривенно хлорида кальция, 1% -го раствора ихтиола (3мл на 1 кг живой массы). Если коллапс вызван интоксикацией, внутривенно вводят уротропин. Во-вторых, стараются повысить артериальное давление. Для этого вводят изотонический раствор хлорида натрия, 40% -й раствор глюкозы, кровезаменители (полиглюкин, реополиглюкин, борглюкин и гемодез), викасол и др. В-третьих, стимулируют сердечную и дыхательную деятельность подкожным введением кофеина, кордиамина, камфары. Одновременно с этими действиями животных согревают растираниями, грелками и укутывают сухой мягкой подстилкой.***Шок - Shoc (фран***.) - "удар, толчок, потрясение" - это быстро нарастающее нарушение функций ЦНС, характеризующееся сначала ее резким возбуждением, а затем угнетением. При шоке также отмечается нарушение гемодинамики и химизма крови - токсемия. Основная причина шока - это перераздражение ЦНС в результате сильной боли. Под влиянием болевых импульсов в ЦНС возникают стойкие очаги возбуждения, как в коре головного мозга, так и в подкорковых центрах. Это так называемая эректильная фаза шока. Ее продолжительность от нескольких минут до нескольких часов. В эту фазу происходит нарушение гемодинамики в результате нарушения регуляторных функций ЦНС. Это выражается в повышении порозности кровеносных сосудов, в уменьшении объема крови, так как плазма выходит из сосудов, в замедлении кровотока, падении кровяного давления. После периода возбуждения наступает торпидная фаза шока, характеризующаяся угнетением ЦНС. В крови накапливаются токсические и недоокисленные продукты. Торпидная фаза может перейти в паралитическую фазу шока, которая сопровождается судорогами, параличами и, как правило, заканчивается летально.3.ОПИШИТЕ ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ.Перед наложением гипсовой повязки при необходимости производится обезболивание места перелома и репозиция. В целях уменьшения отека после наложения гипсовой повязки конечности придают возвышенное положение на 1-2 дня. При наложении гипсовой повязки важно соблюдать следующие правила: * заранее подготовить все необходимое;
* для достижения неподвижности и покоя фиксировать пораженную кость и два соседних сустава;
* для создания покоя в одном суставе, при его повреждении, накладывать повязку лишь на этот сустав и на достаточные по протяжению части сегментов (не менее чем на 2/3 длины);
* в области верхнего и нижнего краев гипсовой повязки на конечность наложит 1-2 тура широкого бинта, который будет, загнут на край гипсовой повязки, или надеть трикотажный чулок;
* придать конечности функционально выгодное положение на случай, если движения в суставе не возобновятся;
* при гипсовании удерживать конечность совершенно неподвижно в положении, которое облегчило бы правильное направление гипсовой повязки;
* при наложении повязки гипсовым бинтом покрывать каждым ходом бинта 2/3 предыдущего тура по типу спиральной повязки;
* при наложении гипсовой повязки конечность поддерживать всей кистью, а не пальцами, так как они могут вдавиться в незастывший гипс;
* для наблюдения за конечностью, кончики бинтуемой конечности оставить открытыми;
* повязка не должна быть тугой или слишком свободной;
* после наложения повязку необходимо маркировать, т. е. нанести на повязку чернильным карандашом схему повреждения костей и три даты (день травмы, день наложения гипсовой повязки, предположительный день снятия), написать фамилию врача, накладывающего гипс.

4.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОПИШИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СУСТАВАХ, ПРИВОДЯЩИЕ К НАРУШЕНИЮ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ.В результате различных патологических процессов врожденного, травматического, воспалительного и дегенеративного характера в суставах возникают изменения, приводящие к нарушению нормального объема движений. В зависимости от объема движений в суставах различают:* анкилоз;
* ригидность;
* контрактуру;
* избыточную подвижность;
* патологическую подвижность.

***Анкилоз*** – полная неподвижность в суставе. ***Контрактура*** – ограничение движений в суставе. ***Ригидность -  (лат. rigidus «твёрдый, оцепенелый») — твёрдость,*** неподатливость. в физиологии — отсутствие реакции на стимулы или сопротивление им, например, вследствие резкого повышения тонуса анатомических структур.5.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ АЛГОРИТМ НАЛОЖЕНИЯ ШИНЫ КРАМЕРА, ДИТЕРИХСА.**НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ.**Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение.Показания: переломы, вывихи костей верхней конечности.оснащение: шины Крамера, вата, бинты, косынка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. | Определение показаний для иммобилизации |
| 2. | Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему.  | Возможность видеть реакцию пострадавшего на проводимую манипуляцию |
| 4. | Приготовить нужного размера шину, помните правило: обязательно фиксировать два сустава (выше и ниже от места перелома). | Данная фиксация наиболее эффективно удерживает отломки кости от смещения |
| 5. |  Измерить расстояние от кончиков пальцев до локтя( по здоровой конечности), данный размер перенесите на шину Крамера и на этом уровне согните шину под прямым углом.  | Моделирование шины |
| 6. | Приложите шину к поврежденной конечности от кончиков пальцев до С/3пллечевой кости Установите предплечье и кисть в среднем положении; кисть несколько согнуть, ладонную поверхность обратить к животу. Вложить в кисть валик из мягкой ткани.  | Для придания (по возможности) физиологического положения поврежденной конечностиПрофилактики нарушений кровообращения |
| 7. |  Фиксируют шину на поврежденной конечности спиральными турами бинта – вблизи локтевого и лучезапястного суставов. Шинированную конечность подвесить на косынке или полосе ткани. | Для благоприятных условий транспортировки |

**НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧА**Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение.Показания: переломы, вывихи костей верхней конечности.оснащение: шины Крамера, вата, бинты, косынка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. | Определение показаний для иммобилизации |
| 2. | Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. |  В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. | Возможность видеть реакцию пострадавшего на проводимую манипуляцию |
| 4. | Приготовить нужного размера шину, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (лучезапястный, локтевой и плечевой) |  Данная фиксация наиболее эффективно удерживает отломки кости от смещения |
| 5. |  Измерить расстояние от кончиков пальцев до локтя  (по здоровой конечности), данный размер перенесите на шину Крамера и на этом уровне согните шину под прямым углом, далее измерьте длину плечевой кости, и согните шину в области плечевого сустава в сторону противоположной лопатки. | Моделирование шины |
| 6. | Приложите шину к поврежденной конечности от кончиков пальцев до плечевой кости и далее до противоположной лопатки.Установите предплечье и кисть в среднем положении; кисть несколько согнуть, ладонную поверхность обратить к животу.  Вложить в кисть и подмышечную область валик из мягкой ткани или бинта.  | Для придания (по возможности) физиологического положения поврежденной конечности |
| 7. |  Фиксируют шину на поврежденной конечности – в спиральными турами бинта области лучезапястного, локтевого суставов, а также колосовидной повязкой в области противоположного плечевого сустава. Шинированную конечность подвесить на косынке или полосе ткани. | Для благоприятных условий транспортировки |

**НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА**Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение.Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности.Оснащение: шины Крамера, вата, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы)  | Обоснование  |
| 1. | Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. | Определение показаний для иммобилизации |
| 2. | Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. |  В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. | Возможность видеть реакцию пострадавшего на проводимую манипуляцию |
| 4. | Приготовить нужного размера шины, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). |  Данная фиксация наиболее эффективно удерживает отломки кости от смещения |
| 5. | 1. Измерить расстояние от кончиков пальцев стопы до ягодичной складки по задней поверхности бедра (по здоровой конечности). Данный размер перенести на 1 - шину и согнуть ее под прямым углом в области пяточной кости Далее 2 – шина наружная (длинная) размером от подмышечной впадины до стопы, далее согнуть под прямым углом до внутреннего края стопы. 3- внутренняя (короткая) – от паховой области (промежности) до стопы и согнуть под прямым углом до наружного края стопы | Моделирование шины |
| 6. | Перед фиксацией шины обкладывают ватой в местах костных выступов (голеностопного и коленного суставов),  | Для уменьшения давления на костные выступы, профилактики нарушений кровообращения в данных местах  |
| 7. | Прикладывают шины к поврежденной конечности и фиксируют спиральными турами бинта или восьмиобразными повязками в области стопы, голеностопного, коленного и тазобедренного суставов. | Для благоприятных условий транспортировки |

**НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ КРАМЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГОЛЕНИ**Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение.Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности.Оснащение: шины Крамера, вата, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы)  | Обоснование  |
| 1. | Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. | Определение показаний для иммобилизации |
| 2. | Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему | Возможность видеть реакцию пострадавшего на проводимую манипуляцию |
| 4. | Приготовить нужного размера шины, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). | Данная фиксация наиболее эффективно удерживает отломки кости от смещения  |
| 5. | 1. Измерить расстояние от кончиков пальцев стопы до С/3 бедра (по здоровой конечности). Данный размер перенести на 1 - шину и согнуть ее под прямым углом в области пяточной кости. Второй размер от С/3 бедра по наружной и внутренней поверхности через стоп у, и 2 - шину в области стопы также изгибают под прямым углом в виде буквы «u)»  | Моделирование шины |
| 6. | Перед фиксацией шины обкладывают ватой в местах костных выступов (голеностопного и коленного суставов),  | Для уменьшения давления на костные выступы, профилактики нарушений кровообращения в данных местах  |
| 7. | Прикладывают шины к поврежденной конечности и фиксируют спиральными турами бинта или восьмиобразными повязками в области стопы, голеностопного и коленного суставов. | Для благоприятных условий транспортировки |

**НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ ДИТЕРИХСА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА**Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение.Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности.Оснащение: шины Дитерихса, вата, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы)  | Обоснование  |
| 1. | Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. | Определение показаний для иммобилизации |
| 2. | Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. |  В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. | Возможность видеть реакцию пострадавшего на проводимую манипуляцию |
| 4. | Приготовить шины Дитерихса, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). | Данная фиксация наиболее эффективно удерживает отломки кости от смещения  |
| 5. | Наложение шины начинают с фиксации подошвенной части шины (подстопника) к подошве поврежденной конечности. Внешнюю часть шины (длинную) одним концом раздвигают до подмышечной впадины, а противоположный конец проводят через металлическую скобу подошвенный части шины. Внутреннюю часть шины, начинают от промежности, и также проводят через скобу подошвенной части шины. Боковые части шины должны выступать за подошвенную часть на 8-10 см.За подошвенной частью оба нижние боковые конца шины соединяют между собой, надевая скобу шарнирной дощечки внутренней части на выступ внешней части шины. | Моделирование шины |
| 6. | Перед фиксацией шины, (выступающие костные фрагменты в области голеностопного и коленного сустава) обкладывают ватой.  | Для уменьшения давления на костные выступы, профилактики нарушений кровообращения в данных местах  |
| 7. | Смоделированную шину фиксируют (как правило, три сустава) спиральными турами бинта и с помощью специальных лент (в области в/3 бедра и н/3грудной клетки) закрепленных на шине. | Для благоприятных условий транспортировки |

 |
| 10. 12. 2020 | НАЛОЖЕНИЕ КРОВЕОСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ЭСМАРХА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. | ЗАНЯТИЕ №4ТЕМА: «СБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ (НАБОРОВ) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ, СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ, НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЕ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ»***Задание:***1.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ГРУППЫ КРОВИ И РЕЗУС-ФАКТОРА.***Реакция изоагглютинации***, положенная в основу деления людей по группам крови, рассматривается как реакция иммунитета, а агглютинационные свойства эритроцитов – как антигены, которые имеют в сыворотке соответствующие антитела. В эритроцитах содержатся агглютиногены, а в сыворотке – агглютинины. Реакция агглютинации наступает тогда, когда агглютиноген, находящийся в эритроцитах, встречает в сыворотке соответствующий агглютинин. Существует два агглютиногена, обозначаемых (А и В), и соответственно этому – два агглютинина:(анти-А и анти-В), которые для краткости обозначены ( α и β ) . В эритроцитах агглютиногены могут быть по одному или оба вместе, или отсутствовать совершенно; точно также соответственно этому и в сыворотке агглютинины могут быть по одному или оба вместе, или отсутствовать. Благодаря указанному распределению агглютиногенов можно выделить четыре группы крови, которые имеют следующие формулы: 0(I)αβ; Α(ΙΙ)β; Β(ІІІ)α; ΑΒ(ІV)о Агглютинация наступает тогда, когда агглютиноген А встречается с агглютинином α, агглютиноген В – с агглютинином β. Исходя из данных, можно вывести основные свойства всех четырех групп: ***Группа 0(I)αβ.*** Эритроциты этой группы не содержат агглютиногенов А и В и, следовательно, не дают реакции агглютинации ни с какими сыворотками крови человека, так как отсутствует один из компонентов этой реакции. Сыворотка же, имея оба агглютинина, агглютинирует эритроциты всех прочих групп, потому что их эритроциты всегда содержат тот или иной агглютиноген.***Группа ΑΒ(IV)β***. Эритроциты этой группы содержат оба агглютиногена и поэтому способны давать агглютинацию с сыворотками всех остальных групп, а сыворотка не содержит никаких агглютининов и с эритроцитами человека, реакции агглютинации давать не может. Таким образом, группа 0 и группа АВ по своим свойствам являются диаметрально противоположными. ***Группы A(II)β и B(III)α*** являются взаимно агглютинирующимися, т.е. сыворотка одной группы дает реакцию агглютинации с эритроцитами другой. Кроме того, эти группы находятся в определенных вышеуказанных соотношениях с группами 0(I)αβ и AB(IV); эритроциты группы A(II)β и Β(III)α агглютинируются сывороткой группы 0(I)αβ, а 92 сыворотки A(II)β и Β(III)α дают агглютинацию с эритроцитами группы AB(IV). Реакция между сывороткой и эритроцитами одного и того же вида животного, приводящая к склеиванию эритроцитов, называется изоагглютинацией.Резус – фактор находится на эритроцитах людей независимо от возраста и пола и не связан с системой АВО. Находясь на эритроцитах человека наряду с агглютиногенами А и В, резусагглютиноген не имеет в сыворотке соответствующих антител – антирезус, подобных α или β, но антитела могут выработаться у лиц с резус – отрицательной кровью под влиянием систематического попадания в организм таких лиц Rh – антигена. Подобное может быть при условии переливания человеку резус – отрицательному, резус – положительной крови (у беременной резус – отрицательной женщины развивается резус – положительный плод). Резус – фактор является сильным, тепловым антигеном, так как при введении в организм резус – отрицательных лиц может вызвать в нем продукцию специфических резус – антител. Оптимальной температурой для определения резус – агглютиногена в эритроцитах является 45 - 48º С (в чашках Петри).2.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ФУНКЦИИ КРОВИ.Функции крови: * заместительная;
* стимулирующая;
* гемостатическая;
* обезвреживающая;
* иммунобиологическая;
* питательное действие.

***Заместительное действие.*** Заключается в возмещение утраченной организмом части крови. Это операция по пересадке чужеродной ткани. Срок жизни эритроцитов от 2 до 130 дней. Перелитая кровь частично берет на себя роль всех физиологических процессов организма, восстанавливает ОЦК, окислительные процессы, иммобилизируют кровь из кровяного депо, улучшает работу сердца, печени, почек, повышает тонус сосудистой стенки. ***Стимулирующее действие.*** Клинически проявляется в улучшении состояния и местных патологических процессов, повышении реактивности организма, усиливается регенерация тканей, возрастает фагоцитоз, лейкоцитоз, продукция антител. В организме ускоряются биохимические процессы, активируются вегетативные центры больших полушарий мозга. ***Гемостатическое (кровоостанавливающее) действие.*** Проявляется в раздражении ряда органов и систем, это сопровождается повышением сократительной способности нервно – мышечного аппарата сосудистой стенки. В некоторой степени это может быть отнесено за счет доставки с кровью тромбопластических веществ (тромбокиназа, тромбин и пр.). ***Обезвреживающее (дезинтоксикационное) действие.*** Вливание крови уменьшает концентрацию яда, увеличение ОЦК улучшает почечный кровоток, что способствует выведению ядовитых веществ из организма. ***Иммунобиологическое действие*** основано на возрастании фагоцитарной, лейкоцитарной активности, усилении образования антител. Увеличивается титр различных антител и белковых фракций.***Питательное действие*** заключается во введении в организм вместе с плазмой значительного количества белков, жиров, углеводов и аминокислот. 3.ОПИШИТЕ МЕТОДИКУ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ И РЕЗУЛЬТАТ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ.***Определение групповой принадлежности крови по системе АВО*** Для определения групповой принадлежности крови у человека используются три стандартные сыворотки 0(I), A(II), B(III), и реже - AB(IV) группы. Они готовятся главным образом из крови, редко из других жидкостей (асцитической, плеврального экссудата). Чаще всего кровь берется от доноров , может быть использована трупная или ретроплацентарная кровь. После отстаивания крови забирается сыворотка, к которой добавляется консервирующее вещество – борная кислота из расчета 3,0 порошка на 100мл сыворотки, но лучше прибавлять ее немного больше. ***Стандартные изогемагглютинирующие сыворотки должны удовлетворять следующим требованиям:*** * В течение 15 – 20 с. должна появиться агглютинация с соответствующими эритроцитами, а через 2 минуты агглютинация должна быть четкой;
* Не давать агглютинации с эритроцитами нулевой группы и одноименной;
* Иметь титр не ниже 1:32;
* Сыворотка должна быть прозрачной, без признаков бактериального загрязнения;
* На каждой ампуле должен быть паспорт с обозначением группы, срока годности, титра, места и времени приготовления, нанесены соответствующего цвета полосы (одна, две, три, четыре).

Для предупреждения возможных ошибок при определении групп крови производится окраска стандартных изогемагглютинирующих сывороток: Группы A(II) – в синий цвет, B(III) - в розовый, AB(IV) – синий, 0(I) – не окрашивается, хранятся сыворотки при температуре +8 - 9º герметично закрытыми. Используют активные стандартные сыворотки трех групп (0, А, В) с титром не ниже 1:32, двух серий. ***Методика определения группы крови:*** определение группы крови производят при температуре от +15 до +20ºС. на тарелках или планшетах. На левой стороне планшета надписывают группы крови в буквенной транскрипции. Посередине верхнего края планшета отмечают фамилию донора (реципиента). Используют стандартные сыворотки двух серий трех групп (О, А, В) с титром не ниже 1:32. На 95 тарелку или планшет наносят по одной две капли стандартных сывороток в два ряда, начиная с первой группы слева направо. Капли крови наносят пипеткой около каждой капли сыворотки и смешивают углом предметного стекла. Количество крови должно быть в 8 – 10 раз меньше, чем сыворотки. Затем планшет осторожно покачивают в руках, что способствует быстрой и четкой агглютинации. Агглютинация начинается на 3 минуте. По мере наступления агглютинации, добавляют по одной капле физиологического раствора и продолжают наблюдать до истечения 5 минут. Результат читают в проходящем дневном свете, если агглютинация нечеткая, к смеси добавляют по одной капле изотонического раствора хлорида натрия, после чего дают окончательное заключение о групповой принадлежности.* Отсутствие агглютинации во всех трех каплях указывает на то, что в исследуемой крови нет агглютиногенов, т. е. кровь относится к группе 0(I).
* Наступление агглютинации в каплях с сыворотками 0(I) и B(III) указывает на то, что в исследуемой крови имеется агглютиноген А, т. е. кровь относится к группе A(II).
* Наличие агглютинации в каплях с сыворотками группы 0(I) и A(II) указывает на то, что в исследуемой крови имеется агглютиноген В, т. е. кровь группы B(III).
* Агглютинация во всех каплях указывает на наличие в исследуемой крови агглютиногенов А и В, т. е. кровь относится к группе AB(IV).

Однако в этом случае учитывая, что агглютинация со всеми сыворотками возможна за счет неспецифической реакции, необходимо нанести на планшет или тарелку две-три капли стандартной сыворотки группы AB(IV) и добавить к ним 1 каплю исследуемой крови. Сыворотку и кровь перемешивают, и результат реакции наблюдают в течение 5 минут. Если агглютинация не наступила, то исследуемую кровь относят к группе AB(IV). Если же агглютинация появляется с сывороткой группы AB(IV), значит, реакция неспецифическая.4.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ.Переливание крови и ее компонентов широко используется в клинической практике. Необходимым условием переливания крови является строгое соблюдение инструкций. После переливания несовместимой крови могут наблюдаться различные реакции (пирогенные, аллергические, анафилактические) и гемотрансфузионный шок. ***Пирогенные реакции*** проявляются повышением температуры тела, иногда ознобом, болями в пояснице и костях. В этих случаях показано применение жаропонижающих средств и кардиальной терапии. ***При аллергической реакции*** к повышению температурь, тела присоединяются одышка, тошнота, рвота. В этих случаях, кроме жаропонижающих, используют антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), кортикостероиды, кардиальные и десенсибилизирующие средства. Наиболее тяжелой реакцией является ***анафилактический шок*,** который характеризуется вазомоторными расстройствами, гиперемией кожи, цианозом, холодным потом. Пульс частый, нитевидный. Артериальное давление снижено. Тоны сердца глухие. Могут развиться отек легких и крапивница. Осложнения после переливания крови связаны с несовместимостью крови донора и реципиента, бактериальным загрязнением крови, нарушением техники переливания крови (воздушная эмболия, тромбоэмболия), циркуляторной перегрузкой, массивным переливанием крови, недоучетом противопоказаний к переливанию крови. Чаще всего возникновение гемотрансфузионного шока обусловливается переливанием полностью или частично несовместимой крови.***Гемотрансфузионный шок*** развивается при переливании, несовместимой по группе или резус-фактору крови. В настоящее время известно много агглютиногенов, которые имеются в крови человека. Определение групп крови и резус-принадлежности ее совсем не всегда делает гемотрансфузию полностью безопасной. Чаще всего ***пострансфузионный шок*** возникает при несовместимости крови реципиента и донора по системе AB0. Иммунологический конфликт при гемотрансфузионном шоке может быть также обусловлен изоммунизацией, различной резуспринадлежностью больной и донора. Переливание крови - это введение чужеродного белка, в связи, с чем необходимо устанавливать строгие показания. Не следует производить гемотрансфузию в тех случаях, когда без нее можно обойтись. Выполнять переливание крови должен только врач. Тщательное наблюдение за больной позволяет заметить первоначальные нарушения, свидетельствующие об опасной патологии. Иногда первыми признаками постгеморрагической реакции являются беспокойство больной, боли в пояснице, озноб. В таких случаях гемотрансфузию следует сразу же прекратить. Клиническая картина, которая развивается при переливании несовместимой крови, может быть самой разнообразной. При переливании крови, несовместимой в групповом отношении, клинические признаки осложнения проявляются уже после введения небольших количеств крови (25 - 75 мл). Больная становится беспокойной, жалуется на плохое самочувствие, затем на боли в пояснице, обусловленные спазмом почечных сосудов, чувство стеснения в груди, жар. Если трансфузия крови не прекращается, то снижается артериальное давление, появляется бледность кожных покровов, иногда рвота. Довольно быстро развивается гемоглобинурия (моча приобретает цвет темного пива). Если же трансфузия вовремя прекращена, то эти симптомы могут исчезнуть бесследно. Однако необходим строгий врачебный контроль, так как позднее могут наступить тяжелые нарушения функции почек вплоть до развития острой почечной недостаточности.5.ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ.***Показания к переливанию крови:*** ***Абсолютные*** - острая кровопотеря (15% ОЦК); травматический шок; тяжелые операции, сопровождающиеся обширными повреждениями тканей и кровотечением. ***Относительные*** - анемия, заболевания воспалительного характера с тяжелой интоксикацией, продолжающееся кровотечение, нарушения свертывающей системы, снижение иммунного статуса организма, длительные хронические воспалительные процессы со снижением регенерации и реактивности, некоторые отравления. ***Противопоказания к переливанию крови можно разделить на две группы:*** ***Абсолютные:*** * острый септический эндокардит;
* свежие тромбозы и эмболии;
* отек легких;
* тяжелые расстройства мозгового кровообращения;
* пороки сердца, миокардиты и миокардиосклероз различного вида с нарушением - общего кровообращения II─ІІІ степени;
* гипертоническая болезнь ΙΙΙ степени с выраженным атеросклерозом сосудов головного мозга, нефросклерозом.

***Относительные:*** * подострый септический эндокардит без прогрессирующего развития диффузного гломерулонефрита и расстройств общего кровообращения;
* пороки сердца с недостаточностью кровообращения ІІб степени;
* выраженный амилоидоз; остротекущий туберкулез.
 |
| 11. 12. 2020 | СБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ НАБОРОВ (ИНСТРУМЕНТОВ) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.НАБОРЫ ДЛЯ СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИИ, НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ, ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ. | ЗАНЯТИЕ №5ТЕМА: «НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ЭСМАРХА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ»***Задание:***1.ДАЙТЕ ПОНЯТИЕ «КРОВОТЕЧЕНИЕ», ВИДЫ КРОВОТЕЧЕНИЙ.***Кровотечение(haemorraqia)*** - так называют излияние крови из кровеносных сосудов при повреждении или нарушении проницаемости их стенок. Истечение крови происходит в; ткани, полости организма (брюшную, грудную, в суставы), во внешнюю среду и является одной из основных причин наступления смерти при повреждениях и травмах.В зависимости от принципа, положенного в основу, существуют несколько практически значимых классификаций. ***Анатомическая классификация выделяет следующие виды кровотечений:*** ***Артериальное*** - при данном кровотечении кровь алого цвета, бьет пульсирующей струей, причем, чем крупнее сосуд, тем сильнее струя, а объем кровопотери за единицу времени больше. Даже повреждение средних по диаметру артерий может вызвать острую анемию и явиться причиной смерти. Самостоятельно артериальное кровотечение останавливается редко; ***Венозное кровотечение*** характеризуется темным цветом крови, которая, как правило, течет равномерно и медленно. Лишь при расположении поврежденной вены рядом с крупной артерии возможна передаточная пульсация, и струя крови будет прерывистой. Если повреждены крупные вены или имеется венозный застой и высокое венозное давление, такое кровотечение может быть сильным и опасным; ***Капиллярное кровотечение***, как правило, небольшое, кровь просачивается по всей поверхности раны и обычно останавливается самостоятельно;***Паренхиматозное кровотечение*** наблюдается при повреждении паренхиматозных органов (печень, селезенка, почки) и является, по сути своей, капиллярным, однако в связи с анатомическими особенностями строения сосудов этих органов (сосуды фиксированы в строме и не спадаются), такие кровотечения останавливаются с трудом и часто приводят к острой анемии; ***Смешанные кровотечения*** характеризуются повреждением нескольких видов сосудов. ***По клиническим признакам кровотечения подразделяются на наружные, внутренние и скрытые.*** **Наружные кровотечения**, кровоизлияния во внешнюю среду, в связи, с чем диагностика их не представляет затруднений, как для пострадавшего, так и для окружающих.**Внутреннее кровотечение** происходит в ткани или в полости. Эти кровотечения наиболее опасны из-за того, что не всегда вовремя диагностируется, а кровопотеря при них бывает массивной, особенно при кровотечениях в серозные полости - плевральную, брюшную. Такие кровотечения редко останавливаются самопроизвольно, так как стенки этих полостей не создают механического препятствия для изливающейся из сосудов крови, из-за выпадения фибрина нарушается свертывание крови и процесс тромбообразования.**Скрытое (наружное) кровотечение** происходит в просвет полых органов и не всегда имеет яркие клинические проявления, диагностируется специальными методами исследования (например, исследования кала на скрытую кровь при незначительном кровотечении из желудочно-кишечного тракта). ***В зависимости от скорости и объема кровопотери кровотечения подразделяются на острые и хронические.*** Исход кровотечения определяется рядом факторов, но скорость и объем кровопотери являются решающими. Острое кровотечение наиболее опасно. Быстрая потеря 30% объема циркулирующей крови (ОЦК) ведет к острой анемии, гипоксии головного мозга и может закончиться смертью больного. Хроническое кровотечение происходит медленно, в связи, с чем организм успевает адаптироваться к незначительному уменьшению ОЦК. ***По времени появления выделяют первичное и вторичное кровотечение, которое в свою очередь, может быть ранним, поздним и повторным****.* **Первичное кровотечение** наблюдается сразу после травмы, при разрыве кровеносного сосуда, других видов поражения или во время операции. **Вторичное кровотечение** наступает через какой-то промежуток времени после травмы и может вызвать различные осложнения. **Выделяют раннее вторичное кровотечение,** которое наблюдается в первые часы или сутки (до трех часов) после повреждения сосудов. Причинами этих кровотечений является обычно нарушение правил окончательной остановки кровотечения, а именно недостаточный контроль гемостаза при хирургической обработке раны или во время хирургической операции, слабо завязанные лигатуры на сосудах. Кроме того, повышение артериального давления после операции, если больной или раненный оперирован при пониженном давлении, может также привести к кровотечению. Вследствие этих причин возможно выталкивание тромбов из сосудов, соскальзывание лигатур и как следствие – кровотечение. Иногда неправильно наложенные повязки или дренажи также могут вызвать вторичное кровотечение. **Позднее вторичное кровотечения** могут начинаться через несколько дней и даже недель после травмы. Как правило, причиной их возникновения являются гнойно-воспалительные осложнения в ране и развитие некроза, которые могут привести к расплавлению тромбов. Кровотечение может быть вызвано также пролежнями сосудов при давлении на них костными или металлическими осколками, дренажами, приводящими к некрозу и разрыву стенки сосуда. Причиной как ранних, так и поздних вторичных кровотечений могут быть нарушения свертывающей системы крови, а также неаккуратная смена повязок, тампонов и дренажей. **Повторные вторичные кровотечения** обычно обильнее и опаснее предыдущих, а причины их возникновения те же. Вторичное кровотечение остановить значительно труднее, чем первичное.2.ПЕРЕЧИСЛИТЕ И ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ (ЛЕГОЧНОЕ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ, В РАЗЛИЧНЫЕ ПОЛОСТИ).***Легочное кровотечение*** - это выделение при кашле с мокротой алой пенистой крови. Легочное кровотечение наступает в результате разрыва артериального или венозного сосуда в малом круге кровообращения, а также "следствие паренхиматозных кровотечений из капиллярной системы легких. При возникновении легочного кровотечения следует попытаться установить источник кровотечения (легочные сосуды и сосуды бронхов, сосуды верхних дыхательных путей, носоглотки) и отдифференцировать его от желудочно-кишечного, особенно и тех случаях, когда легочное кровотечение не сопровождается кашлевым рефлексом (при прорывах аневризмы аорты в дыхательные пути). При истерии больные могут насасывать кровь из десен, симулируя кровохаркание. В этих случаях отмечается сплевывание кровянистых масс, смешанных со слюной (мокроты, как таковой, нет), и отсутствует связь выделения кровянистой жидкости с кашлем. При легочном кровотечении в отличие от кровавой рвоты кровь жидкая, пенистая, ярко-красная, несвернувшаяся. Следует помнить, что при обильном одномоментном легочном кровотечении кровь не успевает смешиваться с воздухом и, следовательно, может быть не пенистой. Характерным признаком легочного кровотечения является выделение крови с мокротой. Нельзя забывать и о возможности заглатывания крови при обильном легочном кровотечении и выделении ее затем с рвотными массами. В случаях одномоментного профузного кровотечения из желудка кровь может быть светлой, красного цвета, а при тяжелом состоянии больного она может аспирироваться в дыхательные пути и затем откашливаться в пенистом состоянии.Наиболее частой причиной жедудочно-кпшечных кровотечений являются деструктивные изменения стенок желудка и двенадцатиперстной кишки (острые, чаще гормональные, и хронические каллезиые язвы, злокачественные опухоли, полипы); варикозно-расширенные вены пищевода и желудка при портальной гипертензии, иногда язвенный колит, геморрой. Нередко желудочно-кишечные кровотечения обусловлены острой почечной и печеночной недостаточностью (различные отравления, при переливании иногруппной крови), а также у больных с заболеваниями крови ***Желудочно-кишечное кровотечение*** мажет быть наружное и внутреннее. Наибольшую опасность представляют и требуют оказания неотложной помощи наружные кровотечения вслед- 58 ствие язвенного процесса, у больных раком желудка и циррозом печени. Наиболее частым проявлением желудочного кровотечения является кровавая рвота. При быстро происходящем профуз-ном кровотечении растяжение желудка вызывает рефлекторно рвоту. Кровь в таких случаях бывает алой, неизмененной. При медленном кровотечении кровь, длительно находясь в желудке, меняет свою окраску под воздействием соляной кислоты желудочного сока- Рвотные массы при этом становятся черно-бурые, напоминают кофейную гущу. При небольшом кровотечении отсутствует растяжение желудка, поэтому рвоты не будет. Излившаяся в желудок или двенадцатиперстную кишку кровь в таком случае через 12-24 часа выделится с испражнениями, придан им черный цвет (дегтеобразный стул). Почти всегда до появления кровавой рвоты, черного кала развиваются более или менее выраженные признаки острой анемии (общая слабость, обморочное состояние, шум в ушах, головокружение, сердцебиение, одышка и т. д.). Больные обычно бледные, адинамичные. Отмечается общая слабость, головокружение, тошнота; акроцианоз, одышка, тахикардия; кожа холодная, влажная. Пульс частый, мягкий, артериальная гипотония, при массивном кровотечении развивается коллапс.Кровотечение в плевральную полость (haemothoraх). Источником кровотечения могут быть сосуды грудной стенки и легких. Различают малый, средний и большой гемоторакс.Малый гемоторакс-объем излившейся крови не превышает 500мл, уровень жидкости определяется ниже угла лопатки.Средний гемоторакс-объем кровопотери до 1000 мл, уровень жидкости достигает угла лопатки.Большой гемоторакс-объем кровопотери свыше 1000 мл, жидкость занимает всю или почти всю плевральную полость на стороне поражения.Клиническая картина. При гемотораксе клиническая картина зависит от объема излившейся крови. Больные жалуются на боли в груди, одышку, кашель (при повреждении легочной ткани) с кровью. Объективно наряду с признаками кровопотери отмечается учащение дыхания, резкое ослабление дыхания и голосового дрожания. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука.***Кровотечение в полость перикарда (haemopericardium).*** Клиническая картина зависит от объема излившейся крови. Опасным для жизни считается скопление 400-500 мл крови.Клиническая картина. Больные беспокойны, испуганы. Жалуются на боли в области сердца. При объективном обследовании определяется тахипноэ, тахикардия, снижение артериального давления, пульс может быть аритмичным слабого наполнения. Отмечается набухание шейных вен, сердечный толчок смещается или исчезает, перкуторно определяется расширение границ сердца, при аускультации тоны сердца глухие. При продолжающем кровотечении развивается тампонада сердца и смерть. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием, УЗИ, можно произвести пункцию перикарда.***Кровотечение в брюшную полость (haemoperitoneum).*** Причиной являются повреждения внутренних органов, а у женщин - разрыв яичника, нарушенная внематочная беременность. Следует отметить, что при кровотечении в брюшную полость наиболее ведущими симптомами для диагностики кровотечения являются общие симптомы кровопотери. Местные симптомы являются только вспомогательными, они только подтверждают наличие источника в брюшной полости. Больные жалуются на умеренные боли в животе. Живот ограниченно участвует в акте дыхания, несколько увеличен в объеме. Пальпаторно выявляется болезненность, чаще всего без четкой локализации, напряжение передней брюшной стенки может быть, но обычно живот мягкий. Выявляются симптомы раздражения брюшины. Характерным является симптом «Ваньки-встаньки» - больной отмечает усиление болей в положении лежа, поэтому предпочитает сидеть. Перкуторно в отлогих местах выявляется притупление звука (при скоплении крови около 1000 мл). Информативным являются исследования прямой кишки и влагалища, при которых выявляются выпячивание стенок. Диагноз подтверждается при ультразвуковом исследовании. У женщин выполняют пункцию задней стенки влагалища. Абсолютно достоверным исследованием является лапароскопия, при невозможности её выполнить производят лапароцентез. Уточнить источник чаще всего удается только во время лапаротомии.***Кровотечение в полость сустава (haemarthrosis).*** Больные жалуются на боли в суставе, ограничение движения, но они обусловлены в первую очередь самой травмой. При осмотре сустав увеличен в размере, контуры его сглажены, определяется флюктуация (скопление жидкости). Для гемартроза коленного сустава характерен симптом баллотирования надколенника. Рентгенологическое исследование проводится для исключения перелома. Для подтверждения диагноза можно применять УЗИ и произвести пункцию сустава.Проводя клиническое обследование с целью выявления местных симптомов нельзя забывать, что кровотечение развивается при повреждении сосудов. Поэтому при повреждении особенно магистральных артерий необходимо, чтобы не пропустить развитие острой ишемии, оценить состояние дистального отдела конечности.3.ОСЛОЖНЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ:-геморрагический шок,-воздушная эмболия,-коагулопатия.Геморрагический шок (ГШ) — это патологическое состояние, возникающее в результате массивной кровопотери и выражающееся резким несоответствием объема циркулирующей крови (ОЦК) объему сосудистого русла, снижением сердечного выброса, тканевой перфузии и развитием полиорганной недостаточности.Воздушная эмболия — проникновение атмосферного воздуха в кровеносные сосуды через открытое операционное поле или системы (например, инфузионные), соединяющие просвет сосуда с внешней средой.Воздушная эмболия проявляется внезапной одышкой, шумным глубоким дыханием, цианозом верхней части туловища, в случаях массивной воздушной эмболии выслушивание хлюпающих шумов при аускультации сердца (шум «мельничного колеса»), нередкой потерей сознания, набуханием шейных вен, резким падением АД.Коагулопатия - это нарушение свертываемости крови, характерное для пациентов с тяжелыми заболеваниями, травмами и обширными операциями. Это состояние утяжеляет кровотечение и может привести к смерти.Частыми клиническими симптомами являются носовые кровотечения, петехиальная сыпь на коже и слизистых оболочках, или противоположная ситуация – гиперагрегационный синдром, который приводит к тромбообразованию, ишемической болезни сердца, инфарктам, инсультам и т.д.4.ОПИШИТЕ СПОСОБЫ И МЕТОДЫ ОКОНЧАТЕЛЬНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ.Методы окончательной остановки кровотечений условно подразделяются на: * механические;
* физические (термические);
* химические;
* биологические;
* комбинированные.

**Механические методы** чаще всего применяются во время операций и при травмах. Наиболее распространенным и надежным методом остановки кровотечений является перевязка сосуда в ране. Для этого сосуд захватывают кровоостанавливающим зажимом, а затем перевязывают (лигируют) шелковой, капроновой или другой нитью. Перевязать необходимо оба конца сосуда, так как может быть достаточно сильное ретроградное кровотечение. Вариантом перевязки сосуда в ране является его прошивание вместе с окружающими тканями, которые используются при невозможности изолированно захватить и выделить сосуд, а также для профилактики соскальзывания лигатур. Перевязку сосуда на расстоянии применяют при невозможности перевязать сосуд в ране (при вторичном кровотечении из инфицированной раны вследствие аррозии сосуда), а также для предупреждения сильного кровотечения во время операции. Преимуществом этого метода является выполнение операции вдали от раны на неизмененных сосудах. В настоящее время достаточно широко во время операций применяют клипирование сосудов – пережатие их металлическими скобками из нержавеющей стали с помощью специальных инструментов. Кровотечение из мелких сосудов можно остановить длительным прижатием кровоостанавливающими зажимами, которые накладывают на сосуды в начале операции после разреза кожи и подкожной клетчатки, и снимая их в конце. Еще лучше этот метод сочетать с торзией (закручивание по оси) кровеносных сосудов, рассчитанное на их раздавливание и склеивание интимы, что способствует образованию в них тромбов. Когда нет возможности применить другие методы окончательной остановки кровотечения применяют тугую тампонаду марлевым тампоном. Этот метод нужно считать вынужденным, так как при гнойных осложнениях тампон затрудняет отток раневого содержимого и может способствовать развитию и распространению раневой инфекции. В этих случаях тампоны удаляют только спустя 3 – 7 суток, чтобы не возобновилось кровотечение. Удалять их нужно медленно и очень осторожно. Методами окончательной остановки кровотечения являются также сосудистый шов и протезирование сосудов. В последние годы разработаны и внедрены методы эндоваскулярной эмболизации сосудов, Под рентгенологическим контролем проводят катетер в кровоточащий сосуд и по катетеру вводят эмболы (шарики из синтетических полимерных материалов), закрывающие просвет сосуда, достигая тем самым остановки кровотечения. В месте эмболизации в последующем происходит образование тромба.**Физический (термический) метод** остановки кровотечения основан на использовании как высокой, так и низкой температур. Высокая температура вызывает коагуляцию белка и ускоряет образование тромба. При кровотечениях из мышц, паренхиматозных органов, костей черепа применяют тампоны, смоченные горячим физиологическим раствором (45 - 50°С). Широко используется диатермокоагуляция, основанная на применении токов высокой частоты, являющаяся основным термическим способом остановки кровотечения при повреждениях 85 сосудов подкожно жировой клетчатки и мышц. Однако применение ее требует определенной осторожности, чтобы не вызвать ожоги и некрозы кожи. Эффективным методом остановки кровотечения, в том числе и из паренхиматозных органов, является лазерная фотокоагуляция, которая обладает рядом преимуществ перед электрокоагуляцией. Она позволяет, например, избегать пропускание электрического тока по тканям и механического контакта между ними и электродом, дозировать и равномерно распределять энергию в пределах светового пятна, а также осуществлять постоянный визуальный контроль, так как кровоточащий участок не перекрывается электродом. Низкая температура вызывает спазм кровеносных сосудов, сокращение окружающих тканей, что способствуют образованию сгустков и тромбов. Холод применяют при подкожных гематомах, внутрибрюшных кровотечениях, когда наряду с другими методами остановки кровотечения прикладывают пузырь со льдом. Холод используют при операциях (криохирургия) на богато васкуляризированных органах (головной мозг, печень, почки), особенно при удалении опухолей. **Химические методы** остановки кровотечения основаны на применении различных медикаментов, обладающих сосудосуживающим эффектом и повышающих свертываемость крови. Местное применение ряда препаратов (раствор перекиси водорода, калия перманганат, азотнокислое серебро) может способствовать уменьшению кровотечения, но не обладает достаточной эффективностью. Для остановки язвенных кровотечений желудка и 12 – перстной кишки успешно применяется капрофер, содержащий восстановленное железо Fe³+ и &- аминокапроновую кислоту. Наиболее часто из сосудосуживающих препаратов применяют адреналин норадреналин, мезатон, эфедрин. В гинекологической практике при кровотечении из матки используют питуитрин, окситацин. Из средств, влияющих на свертывание крови, применяют этамзилат (дицинон). Его гемостатической эффект связан с активирующим действием на формирование тромбопластина. Кроме того, используют раствор хлористого кальция, викасол. Для профилактики кровотечений, связанных с фибринолизом, может применяться аминокапроновая кислота как ингибитор активатора плазминогена. **Биологические методы** остановки кровотечения основаны на использовании биологических препаратов общего и местного действия. ***Биологические препараты общего действия:*** * Свежезамороженная плазма,
* Криопреципитат (донорский препарат, содержащий белковые факторы свертывания крови),
* Тромбоцитный препарат, Витамин Р (рутин)
* С (аскорбиновая кислота), которые уменьшают проницаемость сосудистой стенки,
* Фибриноген, который хорошо действует при гипо – и афибриногенемии,
* Ингибиторы протеолитических ферментов животного происхождения ( трасилол, пантрипин и др.), применяющиеся при кровотечениях, связанных с повышением активности фибринолитической системы,
* Сухая антигемофильная плазма и антигемофильный глобулин применяются при кровотечениях на фоне гемофилии.
* *Биологические препараты местного действия* применяются, как правило, при капиллярных и паренхиматозных кровотечениях. К этим средствам относятся:
* Тромбин, представляющий собой сухой белковый препарат из плазмы крови донора и способствующий быстрому образованию тромба;
* Фибринная губка, которая изготавливается из фибрина и пропитывается тромбином, она плотно прилегает к кровоточащей поверхности и создает хороший гемостаз;
* Сухая плазма (сыворотка) имеет вид сыпучего порошка и для достижения гемостаза посыпается на кровоточащую поверхность;
* Фибринная пена готовится из фибриногена и тромбина и также наносится на кровоточащую поверхность, фибринный порошок готовят из фибрина крови скота с добавлением антисептиков, используется в основном при кровотечениях из инфицированных ран мягких тканей и костей;
* Желатиновая губка вызывает гемостаз преимущественно механическим путем, так как в отличие от гемостатической губки не рассасывается.

5.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ АЛГОРИТМ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА ЭСМАРХА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ, ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ.**НАЛОЖЕНИЕ КРОВЕОСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА** Цель: временная остановка наружного кровотечения.Показания: кровотечение из артерий среднего и крупного калибра.Противопоказания: возможность использования более щадящего способа гемостаза.Осложнения: ущемление кожи, сдавление нервов (невриты, парезы, параличи), турникетный шок.Оснащение: жгут кровоостанавливающий, импровизированный жгут (поясной ремень и др.), материал для закрутки, палочка-закрутка, бумага, карандаш, кусок материи для прокладки, косынка медицинская, шина Крамера, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование  |
|  | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения, успокойте. | Психологическое воздействие |
| 1. | Конечности придать возвышенное положение. Выше раны и по возможности ближе к ней, наложить тканевую прокладку или использовать одежду больного. | Профилактика венозного застоя и ущемление тканей |
| 2. | Провести жгут под конечность, захватив его правой рукой у края с застежкой, а левой – на 30-40 см ближе к середине. | Точная последовательность при наложении жгута |
| 3. | Растянуть жгут двумя руками и наложить первый циркулярный тур таким образом, чтобы начальный участок жгута перекрещивался следующим туром. | Выполнение согласно инструкции |
| 4. | Последующие туры накладывать слабее, наслаивая на предыдущий на 2/3, не перекрещивая и избегая попадания прокладки между ними. | Выполнение согласно инструкции |
| 5. | Концы жгута надежно закрепить. Проверить эффективность наложения жгута (кровотечение остановилось, цвет кожных покровов бледный, отсутствие пульса дистальнее наложения жгута). | Профилактика возможных осложнений |
| 6. | Под жгут положить записку с указанием часов, минут и даты наложения жгута, фамилии, имени, отчества наложившего жгут. | Предупреждение ишемии тканей |
| 7. | Конечность с наложенным жгутом иммобилизировать, в холодное время укутать, при этом жгут не закрывать. | Профилактика осложнений |
|  | Пострадавшего со жгутом транспортировать в первую очередь, в положении лежа.  | Соблюдение принципов эвакуации |

Примечание: Нельзя держать жгут более 2 ч. летом и 1 ч. зимой.Во время транспортировки через каждые 30 мин жгут ослаблять параллельно, переходить на пальцевое прижатие сосуда на 5 мин; Повторно затянуть жгут, переложив его выше прежнего положения.6.ОПИШИТЕ И ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ АЛГОРИТМ НАЛОЖЕНИЯ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ, ЗАКРУТКИ.**НАЛОЖЕНИЕ КРОВЕОСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА - ЗАКРУТКИ.**Цель: временная остановка наружного кровотечения.Показания: кровотечение из артерий среднего и крупного калибра.Противопоказания: возможность использования более щадящего способа гемостаза.Осложнения: ущемление кожи, сдавление нервов (невриты, парезы, параличи), турникетный шок.Оснащение: материал для закрутки, палочка-закрутка, бумага, карандаш, кусок материи для прокладки, косынка медицинская, шина Крамера, бинты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование  |
| 1. | Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, кровотечения. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическое воздействие |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. | Платок, ремень, широкую тесьму завязать спереди двумя отстающими друг от друга двойными узлами, между которыми продеть палочку-закрутку;  | Строго последовательное выполнение манипуляции, гарантирует сохранность жизни |
| 5. | Закрутить ее до прекращения кровообращения;  |  |
| 6. | Свободный конец палочки-закрутки зафиксировать туром бинта и булавкой; |  |
| 7. | Под закрутку положить аналогичную записку ( время, дата наложения закрутки.  | Предупреждение ишемии тканей |
|  | Выполнить иммобилизацию конечности одним из известных способов. | Профилактика осложнений |

**НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ.** Цель: остановка кровотечения.Показания: повреждение вен, мелких артерий и капилляров.Противопоказания: профузное артериальное кровотечение.Осложнения: при наложении чрезмерно тугой давящей повязки возможно нарушение кровообращения дистальнее ее.Оснащение: стерильный пинцет, салфетка, бинт, вата, марлевые шарики или ППИ (пакет перевязочный индивидуальный), спирт, йодопирон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, кровотечения. | Определение показаний к манипуляции |
| 2. | Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. | Психологическая подготовка пострадавшего |
| 3. | Усадите пострадавшего и во время выполнения манипуляции и встаньте лицом к нему. | Возможность контроля за состоянием пострадавшего |
| 4. | Провести туалет раны, используя временный способ для остановки кровотечения. | Профилактика инфицирования. |
| 5. | На рану наложить стерильную салфетку, сверху – валик из ваты или марли или свернутых ватно-марлевых подушек ППИ (пилот). | Последовательное исполнение , гарантирует хорошую фиксацию |
| 6. | Туго прибинтовать его, используя перегиб бинта над пилотом зафиксировать булавкой. | Качественно выполненная манипуляция способствует улучшению состояния. |
| 7. | Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки | Профилактика осложнений |

 |
| 12. 12. 2020 | ОБРАБОТКА ЧИСТЫХ, ГНОЙНЫХ РАН. ТУАЛЕТ ПОДКЛЮЧИЧНОГО КАТЕТЕРА И ИСКУССТВЕННЫХ СТОМ.ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ | ЗАНЯТИЕ №6.ТЕМА: «ОБРАБОТКА ЧИСТЫХ, ГНОЙНЫХ РАН, ИСКУССТВЕННЫХ СТОМ И ПОДКЛЮЧИЧНОГО КАТЕТЕРА»***Задание:***1.ОПИШИТЕ КЛАССИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАНЫ.**Основными клиническими признаками ран являются:** боль, кровотечение, зияние**Боль (dolor)** – одна из основных жалоб, которую предъявляет пострадавший. Она возникает из-за прямого повреждения нервных окончаний в области раны, а также в результате их сдавления вследствие развивающего отека. При повреждении части или всего нервного ствола, боль может локализоваться не только в месте ранения, но и распространятся на всю область иннервации.**Кровотечение (Haemorrhahia)** – обязательный признак раны, так как повреждение любой ткани, начиная с кожи и слизистой оболочки, сопровождается нарушением целостности сосудов. Выраженность кровотечения может быть разной – от незначительного капиллярного до профузного артериального.**Зияние (Hiatus**) – обусловлено сокращением эластических волокон кожи. Выраженность расхождения кожных краев раны, 62 прежде всего, определяется отношением ее оси к линиям Лангера, показывающим основные направления расположения грубоволокнистых структур кожи. Так, например, для уменьшения зияния при оперативных вмешательствах на верхних и нижних конечностях преимущественно выбираются продольные направления разрезов, а не поперечные. Особое значение направление разреза имеет в косметической и пластической хирургии, при закрытии дефектов кожи, иссечение рубцов. Для большего знания раны (вскрытие гнойников) разрез наносят перпендикулярно лангеровским линиям.2.ОПИШИТЕ ЭТАПЫ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА.***первая фаза*** – фаза воспаления, разделяющаяся на два периода – период сосудистых изменений и период очищения раны от некротических (погибших) тканей; ***вторая фаза*** - фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани; третья фаза – фаза реорганизации рубца и эпителизации. Принципиальным моментом данной классификации является разделение первой фазы заживления на два периода. ***Первый период*** длится 1-4 суток, отражает сумму последовательных сосудистых реакций, характеризующих механизм острого воспаления (вазоконстрикция, дилатация артерий, увеличение резистентности вен, повышение капиллярного давления, увеличение поверхности для обмена – новообразование сосудов, увеличение проницаемости, отек, агрегация клеток крови, эмиграция лейкоцитов, локальная геморрагия).В ранней ***фазе второго периода*** – периода заживления, (4-5) суток, заметную роль играют вещества, ускоряющие (катализирующие) сосудистую реакцию (протеазы, полипептиды, 64 амины – гистамин, серотонин). Эти процессы тесно связаны и фактически являют собой изначальную протеолитическую (растворяющую) реакцию. При не осложненном течении, копируются явления воспаления и интоксикации, стихает боль, прекращается лихорадка, нормализуются лабораторные показатели крови и мочи.***Фаза регенерации*** – протекает в период с 6 до 14 суток от момента травмы. В ране происходит три основных процесса: коллагенизация раны и интенсивный рост кровеносных и лимфатических сосудов. В ране уменьшается количество нейтрофилов и в область раны мигрируют фибробласты. Одновременно начинается реканализация и рост кровеносных сосудов и лимфатических сосудов в области раны, что способствует улучшению перфузии и питанию фибробластов, нуждающихся в кислороде. Для биохимических процессов в этой фазе характерно уменьшение кислотности, увеличение (ионов Са) и уменьшение ионов. К, понижение обмена. Воспалительный процесс затихает, отделяемого становится меньше, уменьшается или совсем исчезает отек. ***Фаза реорганизации рубца*** – начинается примерно с 15 суток и может протекать около 6 месяцев. В этой фазе основные процессы сводятся к укреплению рубца путем построения сети из эластических волокон и появления поперечных связей между разрозненными пучками коллагена.3.ОПИШИТЕ АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО РАНЫ, СОБРАТЬ НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПХО РАНЫ.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, корнцанг 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)*** * 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%, 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.

4.ОПИШИТЕ АЛГОРИТМ ОБРАБОТКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ.**АЛГОРИТМ ОБРАБЛТКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ**Цель: создать условия для быстрейшего заживления раны.Показания: наличие гнойной раны. Противопоказания: нетОсложнения: нет. Оснащение: стерильные инструменты (пинцеты, зажимы, зонды, ножницы, шпатель для наложения мази, шприцы, дренажи), стерильный перевязочный материал ( марлевые шарики и салфетки), стерильные растворы ( 3%-ная перекись водорода, 10%-ный раствор хлористого натрия, 0,02%-ный раствор фурацилина), 96%-ный спирт, клеол,1%-ный нашатырный спирт, мази синтомициновая, актовегиновая), 5%-ный раствор марганцовокислого калия или 1-10%-ный раствор ляписа, бинты, вата, турунда.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность выполнения (этапы) | Обоснование |
| 1. | Одеваем маску, волосы убираем под чепчик, с рук снимаем все украшения, | Соблюдение принципов асептики. |
| 2. | На рядом стоящий со стерильным столом, рабочий столик, ставим необходимые для работы растворы (Перекиси 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. | Для качественного выполнения манипуляции. |
| 3. | Моем руки (хирургическим способом), одеваем стерильные перчатки. | Инфекционная безопасность |
| 4. | Открываем стерильный стол с инструментами и материалом, рабочим пинцетом берем стерильный лоток и кладем все необходимые для работы инструменты и перевязочный материал или работаем с крафт-пакетом. | Качественность выполнения манипуляции. |
| 5. | стерильный стол закрываем. |  Соблюдение принципов асептики. |
| 6. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Психологическая подготовка, воздействие. |
| 7. |  Снимаем пинцетом прежнюю повязку и опускаем в таз с 5%-ным раствором хлорамина. |  |
| 8. | Осматриваем рану, оцениваем отделяемое. Кожу вокруг раны обрабатываем 70% спиртом по направлению к ране, сушим кожу вокруг марлевым шариком. | Соблюдение принципов асептики. |
| 9. |  Промываем рану 3%-ным раствором перекиси водорода или фурацилина с помощью шарика или по трубчатому дренажу шприцем. Затем сушим рану салфеткой. | Создание условий для быстрейшего заживления раны. |
| 10. | Обильно смачиваем салфетку или турунду гипертоническим раствором и рыхло вводим в рану. | Условия для быстрейшей эвакуации содержимого раны. |
| 11. | На рану накладываем стерильную салфетку и клеим клеоловую повязку и бинтуем. По мере промокания повязки меняем её. | Соблюдение принципов асептики |

5.ОПИШИТЕ АЛГОРИТМ ОБРАБОТКИ ТРАХЕОСТОМЫ, КОЛОСТОМЫ, ПОДКЛЮЧИЧНОГО КАТЕТЕРА.**УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКОЙ**.Цель: Осуществить уход за трахеостомической трубкой и кожей вокруг стомы.Показания: наличие трахеостомической трубки.Противопоказания: нет.Оснащение: перчатки, раствор гидрокарбоната натрия (3-5 мл, 37°С), стерильный перевязочный материал, паста Лассара, влажная марлевая "занавеска", шпатель, ерш, кипяченая вода, полотенце, емкость с дезинфицирующими растворами, емкость для сброса использованного материала.Возможные проблемы пациента: психологические, невозможность самоухода.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Психологическая подготовка |
| 2. | Вымойте руки (на гигиеническом уровне), наденьте перчатки. | Инфекционная безопасность |
| 3. | Придайте пациенту необходимое в данном случае положение. | Положение способствует более качественной работе |
| 4. | Извлеките внутреннюю трубку. Очистите внутреннюю трубку от слизи и промойте кипяченой водой.  | Последовательность выполнения манипуляции |
| 5. | Вставьте внутреннюю трубку на место и закрепите.Положите под трубку марлевую прокладку.  |  |
| 6. | Обработайте тщательно кожу вокруг свища (если есть раздражение, нанесите на кожу шпателем пасту Лассара).  | Профилактика инфицирования |
| 7. | Снимите перчатки. Вымойте руки. | Соблюдение инструкций санэпидрежима |

Примечание: Внутреннюю трубку необходимо извлекать и обрабатывать дважды в сутки.**УХОД ЗА КОЛОСТОМОЙ.***Цель:* осуществить уход за колостомой.*Показания:* наличие колостомы.*Противопоказаний:* нет.*Оснащение:* перевязочный материал (салфетки, марля, вата), бинты, вазелин, шпатель деревянный, индифферентная мазь (цинковая, паста Лассара), танин 10%., раствор фурациллина, калоприемник, запас постельного белья, перчатки, маска, фартук, емкость для сбора использованного материала, дезинфицирующие средства, емкость с водой, полотенце.*Возможные проблемы пациента:* психологические, невозможность самоухода.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Последовательность действий (этапы) | Обоснование |
| 1. | Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. | Психологическая подготовка |
| 2. | Наденьте фартук, перчатки и маску. | Инфекционная безопасность |
| 3. | Удалите перевязочный материал с передней брюшной стенки пациента. Очистите ватными или марлевыми тампонами, смоченными водой, кожу вокруг свища, меняя их по мере загрязнения.  | Гигиенические мероприятия кожных покровов вокруг свища.  |
| 4. | Обработайте кожу вокруг свища раствором фурациллина. Высушите аккуратными промокательными движениями кожу вокруг свища марлевыми шариками.  | Гигиенические мероприятия колостомы. |
| 5. | Нанесите шпателем защитную пасту Лассара (или цинковую мазь) вокруг свища в непосредственной близости от кишки. Обработайте кожу в отдалении от кишки 10% раствором танина.  | Создание условий для оптимального функционирования стомы. |
| 6. | Накройте всю область со свищем пропитанной вазелином ватно-марлевой салфеткой. Положите сверху пеленку или оберните простыней, сложенной в 3-4 слоя или наденьте бандаж. Замените при необходимости простынь, на которой лежит пациент. | Защита кожи от воздействия агрессивной среды. |
| 7. | Обработайте перчатки, фартук, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки. | Соблюдение норм санэпидрежима. |

***УХОД ЗА ПОДКЛЮЧИЧНЫМ (ВЕНОЗНЫМ) КАТЕТЕРОМ***Цель: 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.***Этапы*** Обоснование 1. Следить, чтобы катетер был постоянно закрыт пробкой (заглушкой) Предупреждение воздушной эмболии 2. Кожу, в месте введения катетера, ежедневно обрабатывать антисептическим раствором. Снижение степени инфицированности 3.Еже дневная смена асептической повязки Снижение степени инфицированности 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. Предупреждение засасывания воздуха в подключичную вену Чтобы убедиться, что катетер находится в вене Предупреждения воздушной эмболии 5. После введения растворов - промыть катетер раствором гепарина (0,5 мл гепарина т.е 2500 ЕД на 5,0мл изотоническогораствора) Предупреждение образования тромба 6. Отключение системы производится при опущенном головном конце и задержке дыхания пациента. Предупреждение воздушной эмболии 7. Если в течение суток внутривенная инфузия не производилась, в подключичный катетер вводится раствор гепарина в той же дозе (гепариновый замок). |

**Манипуляционный лист**

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

Методический руководитель практики Филенкова Н. Л.

Непосредственный руководитель Филенкова Н. Л.

Общий руководитель Филенкова Н. Л.

**Текстовой отчет**

Самооценка по результатам учебной практики

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

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

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

Недостаточно освоены: отсутствуют

Замечания и предложения по прохождению практики: отсутствуют.

Студент Скворцова И. В. Скворцова И. В.

 подпись (расшифровка