|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 18.11.2020 | **Тема: «Обработка чистых, гнойных ран, искусственных стом и подключичного катетера»**  **Задание:**  **1.Опишите классические признаки раны.**   * Боль (dolor) - одна из основных жалоб, которую предъявляет пострадавший. * 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.   **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; (длится 1-4 суток) * вторая фаза - фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани; (длится 4-5 суток) * третья фаза – фаза реорганизации рубца и эпителизации. ( с 6 до 14 суток)   **3.Опишите алгоритм проведения ПХО раны, собрать набор инструментов для ПХО раны.**  1. Уложить больного на кушетку, операционный стол.  2. Надеть стерильные перчатки.  3. Взять пинцет и тампоном, смоченным эфиром или нашатырным спиртом, очистить кожу вокруг раны от загрязнения.  4. Сухим тампоном или тампоном, смоченным перекисью водорода (фурацилином), удалить свободнолежащие в ране инородные тела и сгустки крови.  5. Тампоном, смоченным йодонатом (спиртовым раствором хлоргексидина), обработать операционное поле от центра к периферии.  6. Отграничить операционное поле стерильным бельем.  7. Тампоном, смоченным йодонатом (спиртовым раствором хлоргексидина), обработать операционное поле.  8. С помощью скальпеля рассечь рану на протяжении.  9. Иссечь, по возможности, края, стенки и дно раны, удалить все поврежденные, загрязненные, пропитанные кровью ткани.  10.Заменить перчатки.  11.Рану отграничить стерильной простыней.  12.Заменить инструментарий.  13.Тщательно перевязать кровоточащие сосуды, крупные – прошить.  14.Решить вопрос о наложении швов:  а) наложить первичные швы (рану прошить нитками, края раны свести, нитки завязать);  б) наложить первично-отсроченные швы (рану прошить нитками, края раны не сводить, нити не завязывать, повязка с антисептиком).  15.Обработать операционное поле тампоном, смоченным йодонатом (спиртовым раствором хлоргексидина).  16.Наложить сухую асептическую повязку.  Выполнить перевязку чистой раны.  **Набор для ПХО раны:**  1.Маска,перчатки;  2.Перевязочный материал (бинты, лейкопластырь, шарики); 3.Шприц (10 кубовый) с микроирригатором;  4.Резиновые дренажи;  5. Кожный антисептик;  6.Р-р новокаина;  7.Перекись водорода 3%;  8.Р-р калий марганец О4 (3%);  9.Стерилный лоток;  10.Нестерильный лоток;  11.Пинцет;  12.Ножницы;  13.Скальпель;  14.Кровеостанавливающий зажим;  15.Иглодержатель;  16.Крючки 2-3х острозубчатые;  17.Костная ложечка Фолькмана (кюретка);  18.Зонд Кохера;  19.Костные кусачки Листона;  20.Пила Джигли (проволочная);  21. Иглы;  22. мазевые средства (левомеколь, по Вишневскому);  **4.Опишите алгоритм обработки гнойной раны.**  Обработка гнойной раны Цель: обработка гнойной (ожоговой) раны. Показания: нагноение ожоговой поверхности разной степени и тяжести. Осложнения: развитие септического шока. Противопоказаний: нет. Оснащение: маска, перчатки, кожный антисептик, 3% перекись водорода, мазевые средства, 3% ра-р перманганата калия, стерильный материал (шарики, салфетки, стерильные лотки, контейнеры для отработанного материала), ра-р 0,25% новокаина, пинцеты, ножницы, скальпель, раствор 1:5000 фурациллина, бинты, (перевязочные индивидуальные пакеты).      1. Убедитесь в необходимости данной манипуляции или наличии раны, ушиба. 2. Объясните пациенту смысл манипуляции и необходимость ее выполнения. Успокойте его. 3. Одеваем маску, убираем волосы под чепчик, моем руки под проточной водой. 4. Обрабатываем руки кожным антисептиком, одеваем перчатки. 5. Кожным антисептиком обрабатываем края раны от периферии к центру. 6. Промываем рану перекисью водорода, просушиваем стерильной салфеткой и вставляем дренаж по показаниям. 7. Накладываем салфетки, смоченные в гипертоническом растворе и сверху асептическую салфетку и фиксируем бинтом. 8. Проверяем правильность, эффективность, эстетичность данной повязки 9. Проводить пациента до палаты, помочь ему лечь в постель   **5.Опишите алгоритм обработки искусственной стомы, трахеостомы, колостомы, подключичного катетера.**  **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.      1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. 2. Наденьте фартук, перчатки и маску. 3. Удалите перевязочный материал с передней брюшной стенки пациента. Очистите ватными или марлевыми тампонами, смоченными водой, кожу вокруг свища, меняя их по мере загрязнения. 4. Обработайте кожу вокруг свища раствором фурациллина. Высушите аккуратными промокательными движениями кожу вокруг свища марлевыми шариками. 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. 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. 7. Обработайте перчатки, фартук, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима. Вымойте руки.   **Уход за трахеостомой**  **Цель**:  · предотвратить мацерацию (раздражение) кожи вокруг стомы;  · освобождение трубки от слизи;  · обеспечение должного санитарного состояния трубки.  **Показания**: 2-3 раза в день (ежедневно).  **Оснащение:**  · почкообразные лотки для стерильного и использованного перевязочного материала;  · стерильные марлевые салфетки и ватные шарики, перчатки;  · стерильный пинцет, ножницы, шпатель;  · стерильный глицерин или стерильное вазелиновое масло;  · этиловый спирт 70%, 2% раствор натрия гидрокарбоната;  · раствор фурацилина 1: 5000;  · паста Лассара в подогретом виде или мазь цинковая или дерматоловая паста или мазь «Стомагезив»;  · емкости с дезинфицирующим раствором.   1. Объяснить ход проведения процедуры, получить согласие пациента. 2. Вымыть руки, надеть перчатки 3. Подготовить необходимое оснащение. 4. Извлечь внутреннюю трубку из трахеотомической канюли, для этого: - повернуть запор-флажок наружной трахеостомической трубки в положение «вверх»; - зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки с обеих сторон большим и указательным пальцами левой руки; - извлечь за «ушки» внутреннюю трубку из наружной дугообразным движением. 5. Очистить внутреннюю трахеостомическую канюлю от корок и слизи (используя 2 % содовый раствор, подогретый до температуры 45оС), обработать двукратно 70% спиртом, смазать внешнюю поверхность внутренней трахеостомической трубки стерильным вазелиновым маслом или глицерином, затем встряхнуть, чтобы на ней не осталось капель масла, и только после этого ввести внутреннюю канюлю дугообразным движением в наружную трубку. Замок-флажок перевести в положение «вниз». 6. Обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным раствором фурацилина (используя стерильный пинцет), высушить сухим шариком. 7. Нанести шпателем на кожу вокруг трахеостомы подогретую пасту Лассара, цинковую мазь или мазь «Стомагезив». 8. Наложить поверх пасты стерильные салфетки, разрезанные по типу «штанишек» (первая салфетка укладывается разрезом вниз, вторая – разрезом вверх), зафиксировать с помощью специальных завязок или полосок бинта, завязав их «бантиком» сзади на шее. 9. Поместить отработанный перевязочный материал, инструменты в дезинфицирующий раствор. 10. Снять перчатки, поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.   **Уход за подключичным катетером**  Цель: профилактика инфекционных осложнений, тромбоэмболии.  Показания: наличие катетера в подключичной вене.  Противопоказания: нет.  Подготовка техническая: 1. Перчатки стерильные и нестерильные. 2. Антисептические растворы (70% этиловый спирт, 5% раствор йодоната, 2% спиртовой раство хлоргексидина, АХД). 3. Стерильный перевязочный материал (шарики, салфетки). 4. Стерильный пинцет. 5. Прозрачные повязки для фиксации катетера или пластырь. 6. Стерильный лоток. 7.0,9% раствор натрия хлорида (2-3 мл). 8. Гепарин (0,2 – 0,3 мл). 9. Шприц с иглой.  Подготовка пациента: опустить головной конец кровати (для профилактики попадания воздуха в кровеносную систему при вдохе пациента).  Техника выполнения:  1. Обработать руки на гигиеническом уровне, при контакте с катетером использовать перчатки.  2. Осматривать кожные покровы вокруг катетера и сам катетер не менее 2-х раз в сутки: - катетер должен быть закрыт стерильной повязкой или плёнчатым одноразовым фиксатором (место введения катетера должно быть доступно визуальному осмотру без удаления повязки); - конец или все концы катетера (если он многопросветный) должны быть закрыты инъекционными колпачками.  3. Проводить смену лейкопластырной повязки в соответствии с врачебными назначениями 2-3 раза в неделю, при промокании - немедленно. Обрабатывать кожу вокруг катетера одним из антисептических растворов. Указывать дату и время перевязки, фамилию медсестры.  4. Быстро проводить подключение и отключение системы: - попросить пациента задержать дыхание на момент разгерметизации системы; - немедленно закрыть катетер стерильной пробкой сразу после отключения системы (снова попросить пациента задержать дыхание).  5. Проводить гепаринизацию катетера, «гепариновый замок» каждые 24 часа и после каждого использования катетера. Время гепаринизации следует отражать в карте пациента.  6. Менять: - инъекционные колпачки 2-3 раза в неделю; - инфузионные системы каждые 24 часа; - проводить отметку в карте пациента с указанием фамилии медсестры.  7. Немедленно оповестить врача, если катетер перестал функционировать. Поставить в известность лечащего врача или заведующего отделением в случае каких-либо осложнений, особенностей.  8. Помнить, что удалять или менять катетер может только врач.  9. Проследить, чтобы дата постановки и удаления катетера были зафиксированы в истории болезни пациента. |  |  |