

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДНЕВНИКОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ По ПМ.02. Лечебная деятельность. МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля специальности «Лечебное дело»

Дневник заполняется студентом в электронном виде в соответствии с заданиям на производственную практику согласно календарно-тематическому плану.

Работа описывается в виде 2 заданий на каждый день - описания алгоритма оказания помощи пациентам хирургического профиля и алгоритма манипуляции с иллюстрациями. В качестве иллюстраций можно использовать фотографии своих работ, выполненных в ходе практических занятий и учебной практики, а также интернет-источники.

Заполненный дневник студенты присылают методическому руководителю на электронную почту в сроки (методические дни), указанные в расписании.

Методический руководитель оценивает выполненное задание.

Образец заполнения дневника

Дата	Объем выполненной работы (практический опыт, умения, знания)	Оценка, подпись преподавателя
8.06.20	<p>Задание 1. Участие в лечении пациентов с аэробной и анаэробной хирургической инфекцией Задание 2. Алгоритм определения группы крови с помощью Цоликлонов</p> <p>I. Участие в лечении пациентов с аэробной и анаэробной хирургической инфекцией</p> <p>Методом выбора является вторичная хирургическая обработка в виде некрэктомии с дополнительным нанесением «преграждающих» разрезов. Разрезы выполняются на границе тканей, пропитанных серозным экссудатом с тканями, не вовлеченными в инфекционный процесс на момент выполнения операции. Этим приемом удастся остановить процесс распространения анаэробной инфекции в соседние анатомические области. Вмешательство осуществляется только под общим обезболиванием. Объем иссечения определяется границами погибших тканей, операция производится с учетом необходимости сохранения жизнеспособных тканей, необходимых для последующего закрытия раны.</p> <p>При ампутации конечности по вторичным показаниям выполняется широкое раскрытие всех фасциальных футляров пораженных групп мышц на культе. Целесообразно предварительно перевязывать магистральные сосуды на уровне, сохраняющем кровообращение оставляемых тканей, а жгут по возможности не применять. Независимо от типа операции недопустимо наложение швов на рану. В последующем необходимы повторные ежедневные ревизии раны (под наркозом) с некрэктомией — вплоть до полного очищения раны</p> <p>Хирургические методы лечения анаэробной инфекции Местные формы анаэробной инфекции Нежизнеспособность конечности, утрата функций Вторичная хирургическая обработка некрэктомия широкая фасциотомия, дренирование "преграждающие" разрезы Ампутация по вторичным показаниям на уровне жизнеспособных тканей, отказ от жгута с предварительной перевязкой магистральных сосудов, на протяжении раскрытие всех фасциальных футляров на культе Особенности консервативного лечения анаэробной инфекции. Местное лечение после хирургического вмешательства преследует цель подавить возбудителей и нейтрализовать экзотоксины и ферменты, выделяемые анаэробами и пропитывающие живые ткани на большом протяжении. Эта задача решается с помощью введения в окружность очага большого количества раствора (250-500 мл и более), содержащего новокаин (лидокаин), антибиотики, нитроимидазол (метрагия), ингибиторы ферментов, кортикостероиды, с целью</p>	

замедления распространения воспалительно-экссудативного процесса. Существенную антитоксическую функцию выполняет большое количество жидкости с антибиотиками для промывания пораженных экзотоксинами тканей. Добавление гепарина обеспечивает нейтрализацию выделяемой анаэробами гепариназы, вызывающей внутрисосудистое тромбообразование. Обильная продукция серозного экссудата требует двухтрехкратной смены повязок в течение суток. Высокоэффективным средством консервативного лечения является применение повязок с углеволокнистыми сорбентами. Большинство анаэробных форм инфекции протекают как сепсис или тяжелый сепсис (сепсис-синдром). Наибольшую опасность в первые сутки после операции представляет острая дыхательная недостаточность и нарастающая анемия. Необходимо проведение ИВЛ, массивной трансфузионно-инфузионной терапии, применение белковых препаратов (1 г альбумина на 1 кг массы тела в сутки), прямых антикоагулянтов (гепарин 20-40 тыс ЕД в течение суток), антиагрегантов (пентоксифиллин), глюкокортикостероидных гормонов (преднизолон и др.), ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс), нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак и др.) и диуретиков (лазикс). Проводится патогенетическое лечение полиорганной недостаточности в соответствии с выявляемой патологией. Гипербарическая оксигенация является патогенетически обоснованным мероприятием, дополняющим комплекс лечебных мер при анаэробной раневой инфекции. Скоротечность анаэробного процесса, его генерализованный характер, невозможность в первые часы после установления диагноза достоверно идентифицировать возбудителей и их чувствительность определяют жизненные показания для проведения эмпирической антибактериальной терапии с помощью наиболее мощных современных антибактериальных препаратов, эффективных в отношении анаэробов — комбинации карбапенемов (имипенем, меропенем 2-4 г/сут внутривенно и 2 г в составе паравульнарных блокад) и метронидазола (начальная доза 200,0 мл 0,5% раствора, затем по 100,0 мл каждые 6-8 часов). Если с помощью микроскопии мазков раневого отделяемого, окрашенных по Граму, установлена клостридиальная и грамположительная кокковая анаэробная инфекция — препаратом выбора является пенициллин (2080 млн ед в сутки). Антибиотиками резерва в этом случае считаются карбапенемы, доксициклин (100 мг 2 раза в сутки в/в), цефокситин (2 г в/в каждые 6 часов). Высокой активностью и широким спектром действия, по отношению к грамположительным и грамотрицательным неклостридиальным анаэробам обладает клиндамицин (600 мг 4 раза в сутки). Антибиотиком резерва в отношении грамотрицательных анаэробов является цефокситин. Кроме этих препаратов достаточный эффект может быть получен от левомецетина-сукцината (хлорамфеникола), рифампицина, линкомицина. Все указанные антибиотики вводятся в максимальных разовых и суточных дозах. Для подавления аэробного компонента микробной ассоциации вместе с цефалоспоридами используются аминогликозиды. Обязательной является пассивная иммунизация. При клостридиальной инфекции внутривенно вводится 150 тыс МЕ сыворотки (по 50 тыс МЕ сывороток антиперфрингенс, антиэдематиненс и ангиосептикум). Сыворотка разводится в 5-10 раз 0,9% раствором хлорида натрия, вводится **медленно, не более 25-30 капель в минуту.**

2. Алгоритм определения группы крови с помощью Цоликлонов

1. Инфекционная безопасность: процедура определения группы крови с цоликлонами проводится в процедурном кабинете по назначению врача. перед началом и после манипуляции руки моются на гигиеническом уровне. Используются защитные средства: шапочка, маска, перчатки

2 Оснащение:

1. Цоликлоны анти-А, анти-Б
2. Исследуемая кровь (пробирка)
3. Тарелка для определения группы крови.
4. Стерильные стеклянные палочки 2 шт (в стакане, чашке Петри)
5. Изотонический раствор натрия хлорида
6. Стерильная пипетка 1 шт.

7. Стерильный капилляр с грушей.
8. Ёмкость с 3% раствором хлорамина.



3 Техника манипуляции:

1. Внести цоликлоны в отдельные лунки по одной большой капле.
2. Внести капилляром маленькие (0,01 мл) капли крови рядом с каплями цоликлонов, избегая контакта капилляра и крови.
3. Отдельными палочками смешать цоликлоны и кровь.
4. Покачивать тарелку, наблюдать агглютинацию 2,5 минуты.
5. Внести пипеткой в лунки, в которых произошла агглютинация по 1й капле физиологического раствора
6. Покачивать, наблюдать агглютинацию.
7. Форма ответа:

При определении группы крови с помощью цоликлонов ...

1. Агглютинация не наблюдается ни в одной из лунок - первая группа
2. Агглютинация наблюдается с цоликлоном анти-А - вторая группа
3. Агглютинация наблюдается с цоликлоном анти-Б - третья

группа

4. Агглютинация наблюдается с цоликлонами анти-А и анти-Б - четвертая группа
8. После проведения манипуляции все использованные предметы замачиваются в емкости с трехпроцентным раствором хлорамина.

4 Возможные ошибки:

Грубые ошибки:

1. Не использование средств защиты медработника.
2. Повторное использование палочек.
3. Перенос палочек, контактировавших с кровью над лотком с чистыми палочками.
4. Не соответствие картины агглютинации заключению о групповой принадлежности.
5. Не продезинфицированы предметы, контактировавшие с кровью.

Не грубые ошибки:

1. Время ожидания агглютинации менее 2.5 мин.
2. Не внесен физраствор в лунки, в которых произошла агглютинация.
3. Удерживание палочек за концы, а не за центр.



Перечень заданий на производственную практику (36 часов) ПМ.02. Лечебная деятельность. МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля

1. Участие в лечении пациентов с аэробной и анаэробной хирургической инфекцией
2. Участие в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями головы, лица, полости рта
3. Участие в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями органов грудной клетки
4. Участие в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и прямой

кишки

Приложение 2.

5. Участие в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями мочеполовых органов
6. Участие в лечении пациентов с заболеваниями сосудов нижних конечностей

Алгоритмы манипуляций:

1. Продемонстрируйте определение группы крови с помощью Цоликлонов.
2. Продемонстрируйте на фантоме наложение крестообразной повязки на затылок.
3. Продемонстрируйте на фантоме наложение повязки «чепец».
4. Продемонстрируйте на фантоме повязку на один глаз.
5. Продемонстрируйте на фантоме наложение повязки на оба глаза.
6. Продемонстрируйте на фантоме наложение пращевидной повязки на нос.
7. Продемонстрируйте на статисте наложение колосовидной повязки на плечевой сустав.
8. Продемонстрируйте на статисте наложение повязки Дезо.
9. Продемонстрируйте на статисте наложение окклюзионной повязки.
10. Продемонстрируйте на фантоме наложение эластичного бинта для профилактики тромбообразования.
11. Продемонстрируйте остановку кровотечения с помощью давящей повязки.
12. Продемонстрируйте остановку артериального кровотечения с помощью жгута.
13. Продемонстрируйте перевязку гнойной раны в фазе гидратации.
14. Продемонстрируйте перевязку гнойной раны в фазе дегидратации.
15. Продемонстрируйте на фантоме уход за дренажными трубками.
16. Продемонстрируйте на фантоме снятие кожных швов.
17. Продемонстрируйте на фантоме обработку случайной раны.
18. Продемонстрируйте на фантоме зондирование желудка при парезе кишечника.
19. Продемонстрируйте на фантоме катетеризацию мочевого пузыря.

20.Продемонстрируйте на фантоме катетеризацию периферической вены.

21.Продемонстрируйте на фантоме перевязку «чистой» раны.