

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ВТОРОЙ ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ  
ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Под редакцией проф. Аталиева А.Е.,  
проф. Бабаджанова Б.Д.,**

**Ташкент - 2003**

В Руководстве в краткой форме изложены основные сведения о наиболее часто встречающихся в работе врача общего профиля практических навыках: от умения общения с больными до решения главных тактических задач. Поэтапно (по шагам) систематизированы и унифицированы действия студента и врача в диагностике и оказании правильной своевременной первой неотложной помощи.

Руководство будет полезным студентам, врачам первичного звена и преподавателям медицинских вузов.

РЕКОМЕНДОВАНО УЧЕНО-МЕТОДИЧЕСКИМ КАБИНЕТОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ

**Составители :**

Хирургия:

проф. Аталиев А.Е., Бабаджанов Б.Д., д.м.н. Мавлянов А.Р.,  
доц. Хааджибаев М.Х., Атаков С.С.

Урология:

проф. Бегалиев У.Э., доц. Мирхамидов Д.Х.

Анестезиология:

проф. Аваков В.Е., доц. Афолоян М.Р.

Онкология:

проф. Мадалиходжаев Р.С., д.м.н. Юлдашев Н.Ш.

Офтальмология:

проф. Бахритдинова Ф.А., доц. Билалов Э. Н., ст. преп. Каримова М.Х.

ЛОР:

проф. Хакимов А.М., проф. Маткулиев Х.М. д.м.н. Шайхова Х.Э.,  
доц. Худжанов Ш.Х.

Травмотология с нейрохирургией:

проф. Хамраев Ш.Ш.

Акушерство и гинекология:

проф. Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К.,  
к.м.н. Шукуров Ф.И., доц. Абдуллаева Л.М.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> .....	<b>9</b>
<b>ХИРУРГИЯ</b> .....	<b>11-39</b>
Определение группы крови.....	11
Определение резус-фактора экспресс методом.....	12
Определение времени свертываемости крови.....	13
Техника переливания крови и кровозаменителей.....	13
Наложение жгута при артериальном кровотечении.....	14
Наложение кровоостанавливающего зажима на кровоточащий сосуд.....	15
Наложение давящей повязки при венозном кровотечении.....	15
Амбулаторная медицинская помощь при кровотечении из легких после травм.....	16
Амбулаторная медицинская помощь при кровотечении из пищевода и желудка.....	17
Анатомические точки для остановки кровотечения из крупных сосудов пальцевым прижатием.....	18
Первая помощь при открытых ранениях.....	19
Первая помощь при артериальном кровотечении конечностей.....	19
Новокаиновая блокада.....	20
Блокада по Оберегу-Лукашевичу.....	20
Паравертебральная новокаиновая блокада.....	20
Вагосимпатическая блокада.....	21
Вагосимпатическая блокада. Техника.....	21
Техника проведения очистительной клизмы.....	22
Техника проведения сифонной клизмы.....	23
Оказание первой помощи при травме грудной клетки.....	24
Амбулаторная помощь при открытом пневмотораксе.....	24
Амбулаторная помощь при закрытом пневмотораксе.....	25
Амбулаторная помощь при клапанном пневмотораксе.....	26
Техника зондирования желудка.....	27
Техника вставления зонда Блекмора.....	27
Промывание желудка через назогастральный зонд.....	28
Кормление больного через зонд.....	29

Проведение диагностического лапароцентеза .....	29
Техника проведения лапароцентеза .....	30
Проведение плевральных пункций .....	31
Техника проведения торакоцентеза .....	32
Техника вскрытия подкожных панарициев .....	32
Первичная хирургическая обработка ран (пхор) .....	33
Техника наложения повязки чепец .....	33
Наложение повязки суспензорий .....	34
Амбулаторная помощь при термических ожогах .....	35
Амбулаторная помощь при химических ожогах .....	35
Амбулаторная помощь при отморожениях .....	36
Электрокоагуляция .....	36
Техника наложения кожных швов .....	37
Техника снятия кожных швов .....	38
Наложение лестничной шины Крамера .....	38
Хирургическая обработка ран волосистой части головы .....	39
Техника проведения венесекции .....	39
Пальцевое исследование прямой кишки .....	40
<b>УРОЛОГИЯ .....</b>	<b>41-48</b>
Пальпация почек и симптом «поколочивания» .....	41
Пальпация и перкуссия мочевого пузыря .....	41
Пальцевое ректальное исследование простаты .....	42
Катетеризация мочевого пузыря .....	43
Уход за нефростомическим дренажом .....	44
Уход за цистостомическим дренажом .....	45
Уход за уретральным катетером .....	46
Блокада семенного канатика .....	48
<b>АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ .....</b>	<b>48-56</b>
Оказание помощи при отеке легких .....	48
Оказание помощи при обструкции верхних дыхательных путей .....	49
Оказание помощи при отравлении .....	49
Оказание помощи при утоплении .....	50
Техника проведения эпидуральной анестезии .....	51

Техника непрямого массажа сердца .....	52
Техника проведения дефибриляции .....	53
Методика экстубации .....	53
Тромбоэмболия легочной артерии (экстренная помощь) .....	54
Электротравма .....	54
Интубация трахеи .....	55
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ .....</b>	<b>56-61</b>
Вправление парафимозов .....	56
Обработка укушенных ран .....	56
Лечение паховых грыж при ущемлении (у детей) .....	57
Ретракция крайней плоти при фимозе .....	58
Вскрытие абсцесса .....	59
Лечение фурункула у детей .....	59
Вправление прямой кишки у детей .....	60
Циркумцизия .....	61
<b>ОНКОЛОГИЯ .....</b>	<b>62-66</b>
Пункционная биопсия опухолей наружной локализации (опухоли молочной железы) .....	62
Заполнение учетно-отчетной документации онкологического больного .....	63
Подготовка мазков и мазков отпечатков .....	63
Пункция опухоли или лимфоузла наружной локализации .....	63
Открытая биопсия шейного лимфатического узла .....	64
Пути введения химиопрепаратов в организм .....	65
Уход за мочеточниковым и мочепузырным дренажами .....	65
<b>ОФТАЛЬМОЛОГИЯ .....</b>	<b>66-71</b>
Наружный осмотр глаза при боковом освещении .....	66
Ориентировочное определение поля зрения .....	66
Определение остроты зрения .....	67
Пальпаторное определение внутриглазного давления .....	67
Исследование цветоощущения .....	68
Исследование светоощущения .....	68
Закапывание капель и закладывание мазей в конъюнктивальную полость .....	69

Промывание конъюнктивальной полости и глазного яблока при химических ожогах .....	69
Выворот верхнего и нижнего век .....	70
Острый приступ глаукомы .....	70
Определение подвижности глазных яблок .....	71
<b>ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ .....</b>	<b>71-88</b>
Носовое кровотечение .....	71
Мазок из глотки для бактериологического исследования .....	72
Мазок из носа .....	73
Отек гортани, ложный круп .....	73
Ларингоскопия .....	74
Микротрахеостома .....	74
Передняя риноскопия .....	75
Задняя риноскопия .....	76
Отоскопия (включая пневматическую) .....	76
Фарингоскопия (оро-мезофарингоскопия) .....	77
Фарингоскопия .....	78
Удаление инородных тел из носа .....	78
Удаление инородных тел из наружного уха .....	79
Обработка зева лекарственными препаратами .....	79
Промывание наружного уха .....	80
Промывание миндалин глотки .....	80
Удаление серных пробок .....	81
Специфические исследования: тест Вебера, тест Ринне .....	82
Определение потери слуха (тесты - шепотная и разговорная речь) .....	83
Обработка зева лекарственными препаратами .....	83
Туширование кровоточивой зоны «жемчужиной» ляписа .....	84
Введение марлевой турунды в слуховой проход .....	84
Уход за трахеостомированным больным .....	85
Туалет уха .....	86
Продувание ушей .....	86
Наложение пращезидной повязки .....	87
Приготовление ватодержателей (ушных, носовых, глоточных) .....	87
Передняя тампонада .....	88
Задняя тампонада .....	88

**ТРАВМАТОЛОГИЯ С НЕЙРОХИРУРГИЕЙ ..... 89-102**

Оказание амбулаторной помощи при закрытой черепно-мозговой травме .....	89
Амбулаторная помощь при переломе свода черепа .....	89
Амбулаторная помощь при переломе основания черепа .....	90
Амбулаторная помощь при вывихе нижней челюсти .....	90
Скелетное вытяжение при переломе костей голени .....	91
«Пистолетная» гипсовая повязка .....	91
Проведение спицы для скелетного вытяжения при переломе бедренной кости .....	92
Вправление вывиха плеча по Кохеру .....	93
Вправление вывиха бедра по Кохеру .....	93
Первая медицинская помощь при ранах .....	94
Ватно-марлевый воротник шанца .....	94
Подмышечное вытяжение .....	95
Вправление переднего вывиха предплечья .....	95
Вытяжение шейного отдела позвоночника .....	96
Вправление вывиха плеча по Гиппократу-Куперу .....	96
Ортопедическое обследование .....	97
Метод пальпации при обследовании травматологического больного .....	97
Внутрикостная анестезия .....	98
Правила наложения гипсовой повязки типа «высокий сапог» .....	98
Межреберная блокада .....	99
Внутригрудная новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову .....	99
Шейная вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому .....	100
Вправление вывиха бедра по Джанелидзе .....	101
Оказание медицинской помощи при переломе средней трети плечевой кости .....	101

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ ..... 102-115**

Пальпация молочных желез .....	102
Измерение базальной температуры .....	102
Бимануальное (двуручное) исследование гинекологических больных .....	103
Определение симптома «зрачка» .....	103

Определения растяжимости слизи шейки матки .....	104
Определение срока родов .....	104
Аускультация плода .....	105
Определение предполагаемого веса плода .....	105
Определение состояния новорожденного по шкале Апгар .....	106
Определение степени чистоты влагалища .....	107
Перерезка и обработка пуповины у новорожденных .....	107
Определение допустимой кровопотери .....	108
Определение признаков прегестоза (проба Мак-Клюра-Олдрича) .....	108
Проба Люголевским раствором .....	109
Определение срока беременности (формула Скульского) .....	109
Измерения женского таза .....	110
Гинекологический осмотр с помощью зеркал .....	111
Методика наружных способов выделения последа .....	111
Методика наружных приемов акушерского исследования Леопольда-Левицкого .....	112
Определение целостности последа .....	113
Измерение диагональной конъюгаты .....	113
Техника диагностического выскабливания .....	114
Пункция полости малого таза через задний свод влагалища .....	115



## ВВЕДЕНИЕ

В нашей Республике успешно внедряется новая концепция медицинского образования - многоуровневая подготовка специалистов. Ее этапы четко обозначены в Законе «Об образовании» и Национальной программе подготовки кадров.

Хирургическая наука находится в постоянном развитии: накапливаются новые данные, меняются традиционные представления о таких основных положениях хирургии, как асептика и антисептика, переливание крови и кровезаменителей, хирургическая инфекция, лечение ран, основы обезболивания и реанимации, пластическая хирургия и др.

К сожалению, в процессе обучения студенты испытывают недостаток в наглядной учебной информации по практическим навыкам и поэтапной технике их выполнения. Такое положение обусловлено не только субъективными причинами, но и объективными. В монографиях, руководствах, пособиях приводится всесторонняя информация о хирургических заболеваниях, их лечении, профилактике, но доступной наглядной информации по практическим навыкам слишком мало.

Во Втором Ташкентском Государственном медицинском институте при подготовке врачей применяется современный опыт преподавания и новые технологические приемы обучения. На III курсе при изучении клинических дисциплин большое внимание уделяется приобретению и самостоятельному выполнению врачебных практических навыков.

В предлагаемом руководстве, на основе Государственного образовательного стандарта по подготовке бакалавров по медицинской дисциплине изложены самые распространенные пропедевтические врачебные практические навыки, которыми в совершенстве должны владеть специалисты, работающие в сельском и городском врачебном пункте.

Описаны классические врачебные методы исследования больных (опрос, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация) с различной, часто встречаемой, патологией, техника инструментального обследования (ЭКГ, измерение АД, общий анализ мочи, крови) получаемых из различных участков тела материалов гистологических и морфологических исследований, методика взятия крови из пальца и вены, для общего и биохимического диагностического исследования. Приведены приемы практических навыков, которыми должен овладеть врач общей практики. Объединяет навыки оказания экстренной амбулаторной и врачебной помощи при различных нозологиях. Пособие предназначено для студентов III-IV курсов медицинских институтов, а также будет полезно и для врачей общей практики.

## **SURGERY**

A new conception of medical education has developed successfully in our Republic. It is a multilevel training of specialists. Its grades are accurately denoted in Law "About and National Program of Staff Preparation"

Surgical science is under constant development. It has been complicated in new data changing traditional aseptic and antiseptic, the use of blood transfusion and antisepsis, the use of bleed transfusion and blood-substitutions, surgical infections, treatment of injuries, the principles of anesthesia and reanimation, plastic surgery and etc.

Unfortunately, the students are short of visual aid information on practical and gradual technique of their carrying out.

Such situation is stipulated not only by subjective reasons, but objective ones as well. It is listed a comprehensive review about surgical diseases, their treatment and prevention in monographs, guidance, tuitions, but at the same time the availability of descriptive information on professional practice is very little.














Teaching and learning the system of the II-Tashkent State Medical Institute take account of modern educational theory and research and make the use of modern technologies. In the 3rd year studied clinical subjects much attention is paid to gaining and putting into practice their self-directed learning.

The following guidance under the State educational standard on training of Bachelor of Medicine set out the knowledge, skills, attitudes and behavior expected of specialists who must be able to integrate and provide a firm foundation for medical practice in rural or city area.

It has been described classical medical methods of patient's examination (discussion, examination, percussion and palpation) with different and frequently occurred pathology tools and etc. (ЭКД Б, blood pressure, urine and blood tests) taken from the other parts of body material for bacterial and morphological studies, technique of taken blood from finger and vein. It presented need-to-know information on the most commonly seen diseases and disorders for a GP doctor. The experience of instant out-patient and professional medical help of different neologies summarized. Recommended for medical help of different nosologies summarized. Recommended for medical students and also of use to GP doctors.

## ХИРУРГИЯ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ

Результаты реакций эритроцитов исследуемой крови со стандартными сыворотками:			Исследуемая кровь принадлежит к группе:
0 α β (I)	A β (II)	B α (III)	
			I (0)
			II (A)
			III (B)
			IV (AB)
Контроль сыворотки группы AB (IV) 			

**Цель:** определение группы крови

**Показания:** необходимость переливания крови, подготовка к оперативному вмешательству

**Оснащение:** 2 серии стандартных гемагглютинирующих сывороток в специальных штативах; флакон с изотоническим раствором хлорида натрия; маркированные планшеты; предметные стекла (стеклянные палочки); пипетки для изотонического раствора; пипетка для взятия крови; песочные часы на 5 мин.; перчатки

#### Проводимые шаги

1. Проверить качество стандартных гемагглютинирующих сывороток: по цветовой маркировке, внешнему виду (светлая, прозрачная), сохранности ампулы; наличию правильно оформленной этикетки с указанием группы крови, титра, срока годности, места приготовления.

2. Разместить на столе:

- комплекты стандартных гемагглютинирующих сывороток трех групп (О, А, В) двух серий и одну ампулу с сывороткой АВ(4), каждая ампула должна иметь свою пипетку;
- флакон с изотоническим раствором, пипетку;
- стерильный маркированный планшет;
- предметные стекла (стекла, палочки); пипетку для взятия крови; песочные часы.

3. Написать на планшете Ф И О пациента, группу крови.

4. Нанести на планшет по капле (0.1 мл) стандартных гемагглютинирующих сывороток трех групп двух серий в соответствующие гнезда планшета.

5. Нанести каплю крови из пальца или из пробирки пипеткой в соответствующую ячейку.

6. Поместить в каждое гнездо планшета, рядом с сывороткой, по одной маленькой капле (0,1 мл) исследуемой крови в соотношении кровь: реагент - 1:10 (кровь забирать из большой капли, используя для этого разные стеклянные палочки).

7. Смешать кровь с реагентом, после смешивания планшет осторожно покачать в руках.

8. Добавить по одной капле 0,9%-ного раствора натрия хлорида к каплям сыворотки с эритроцитами, где наступила агглютинация, но не ранее чем через 3 мин.

9. Оценить результат через 5 мин. после начала реакции:

- реакция агглютинации может быть положительной и отрицательной; если сыворотки дали положительную реакцию, значит кровь содержит оба агглютиногена АВ, в этом случае следует провести дополнительное контрольное исследование со стандартной группы АВ(4).

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЗУС-ФАКТОРА ЭКСПРЕСС-МЕТОДОМ**

**Цель:** определение резус-фактора

**Показания:** подготовка к оперативным вмешательствам

**Оснащение:** антирезус-сыворотка, пипетка, пробирка, 33%-ный полиглюкин, центрифуг, изотонический раствор

#### **Проводимые шаги**

1. Берется кровь донора (исследуемого) и центрифугируется
2. Затем из осажденных эритроцитов берется 1 капля в чистую пробирку.
3. Берется 1 капля антирезус-сыворотки в пипетку.

4. Антирезус сыворотка разбавляется с 33%-ным раствором полиглюкина.
5. Затем в пробирку с эритроцитами донора добавляется антирезус - сыворотка с полиглюкином.
6. Легким вращательным движением смешиваются эритроциты с антирезус сывороткой и полиглюкином на стенке пробирки.
7. Берутся в отдельные пробирки резус-положительные эритроциты и резус-отрицательные эритроциты.
8. На отдельные пробирки с резус-положительными и -отрицательными эритроцитами добавляется антирезус - сыворотка с 33%-ным полиглюкином.
9. Исследование параллельно осуществляется и через 3 мин. добавляется 2-3 мл изотонического раствора.
10. На основании агглютинации в пробирках отмечаются результаты: наличие агглютинации - резус положительный, отсутствие - резус отрицательный.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАЕМОСТИ КРОВИ**

**Цель:** определение времени свертываемости крови

**Показания:** подготовка к оперативным вмешательствам, диагностика нарушений свертывающей системы крови

**Оснащение:** 96%-ный спирт, стерильный шарик, стерильная игла

#### **Проводимые шаги**

1. Усадить пациента в удобном положении.
2. Приготовить стерильный шарик.
3. Приготовить для пункции стерильную иглу.
4. Обработать подушечку ногтевой фаланги третьего пальца большого шариком, смоченным 96%-ным спиртом.
5. Произвести мягкий укол подушечки пальца большого.
6. Первую каплю крови снять стерильным шариком.
7. Взятие следующей капли крови для исследования.
8. Засечь время появления первых нитей фибрина.
9. Отметить результаты свертываемости; в норме она не должен превышать 3,5-4,5 мин.

### **ТЕХНИКА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И КРОВОЗАМЕНТЕЛЕЙ**

**Цель:** восстановление объема циркулирующей крови, нормализация показателей крови

**Показания:** анемия, гиповолемия, интоксикация

**Оснащение:** донорская кровь, инфузионные растворы, штатив, система для переливания, спирт и жгут

#### **Проводимые шаги**

1. Определение группы крови пациента.
2. Определение резус-фактора пациента.
3. Пункция флакона донорской крови.
4. Определение группы донорской крови.
5. Определение резус-совместимости донорской крови.
6. Проведение пробы на совместимость (сыворотку крови больного без стабилизатора смешивают с кровью донора в соотношении 10:1 в течение 10 мин.).
7. Флакон донорской крови подсоединяют к системе для переливания крови. Проверка отсутствия воздуха в системе.
8. Венопункция (в положении больного лежа на спине) и соединение с системой для переливания крови.
9. Проведение биологической пробы на совместимость - трехкратно (с интервалом в 3 мин. переливают по 15 мл крови). Если реакции на переливание нет (беспокойное поведение, чувство жара, стеснение в груди, боли в животе, пояснице, голове, снижение АД, пульса, учащение дыхания), то кровь можно переливать.
10. Переливание оставшейся части крови с контролем за общим состоянием больного.

#### **НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Цель:** временная остановка кровотечения

**Показания:** открытое повреждение артериальных сосудов конечностей

**Оснащение:** салфетка, резиновый жгут, лист бумаги, карандаш, резиновые перчатки, перевязочный материал, емкость с дезинфицирующим раствором

#### **Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки, приподнять травмированную конечность.
2. Осмотреть место травмы, наложить выше раны салфетку или расправить одежду пациента над раневой поверхностью.
3. Растянуть жгут в средней трети двумя руками, подвести под конечность.
4. Наложить жгут в растянутом состоянии - один виток, затем 2-3 витка до прекращения кровотечения, пульсации на периферических сосудах.
5. Накладывать туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу.

6. Закрепить конец жгута цепочкой или кнопочным замком, поместить записку под один из тур жгута с указанием даты, времени наложения жгута.
7. Обработать раневую поверхность и наложить асептическую повязку, ввести анальгетики.
8. Укутать конечность в холодное время года ввиду опасности отморожения.
9. Транспортировать пациента в стационар в положении лежа на носилках.
10. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЗАЖИМА НА КРОВОТОЧАЩИЙ СОСУД**

Цель: остановка артериального кровотечения

Показания: временная остановка артериального кровотечения

Оснащение: 2 острых крючка; кровоостанавливающие зажимы; перевязочный материал; резиновые перчатки; бинт; емкость с дезинфицирующим раствором

Проводимые шаги

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Приготовить стерильный лоток, 2 острых крючка, кровоостанавливающие зажимы.
3. Раздвинуть края раны крючками.
4. Отыскать оба конца кровоточащей артерии.
5. Захватить концы артерии стерильными кровоостанавливающими зажимами.
6. Наложить асептическую повязку на рану с наложенными кровоостанавливающими зажимами.
7. Транспортировать пациента в стационар на носилках.
8. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **НАЛОЖЕНИЕ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ВЕНОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

Цель: остановка венозного кровотечения

Показание: венозное кровотечение при ранении мягких тканей

Оснащение: флаконе 1%-ным раствором йодоната, стерильные салфетки, бинт, вата или индивидуальный перевязочный пакет, лоток, ножницы, пин-

цеты (3 шт.), резиновые перчатки, емкость с дезинфицирующим раствором

#### **Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Осмотреть рану и окружающие ее ткани.
3. Обработать кожу вокруг раны 1 %-ным раствором йодоната (от центра раны к периферии) двукратно.
4. Сменить пинцеты.
5. Обработать раневую поверхность 1 %-ным раствором йодоната (промокательными движениями).
6. Наложить на рану с помощью пинцетов стерильные салфетки, сверху б и т или туго свернутую гигроскопическую вату.
7. Зафиксировать перевязочный материал (бинт или вату) бинтовой повязкой.
8. Снять перчатки и опустить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ТРАВМ**

Цель: остановка посттравматических кровотоков из легких

**Показания:** остановить кровотечение из органов дыхания при травме грудной клетки (разрыв легкого, бронхов), при заболевании легкого (опухоли, абсцессы, туберкулез)

**Оснащение:** резиновые перчатки, лоток со льдом, емкость с дезинфицирующим раствором, лекарственные средства - 10%-ный раствор хлористого кальция, 1%-ный раствор викасол а

#### **Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Придать пациенту полусидячее положение, успокоить.
3. Убедить пациента в необходимости сдерживать кашель, глубоко и спокойно дышать, не разговаривать.
4. Создать полный физический и психический покой.
5. Подготовить лоток со льдом.
6. Глотать кусочки льда каждые 15 мин.
7. Вводить внутривенно коагулянты (хлористый кальций 10%-ный 10 мл; 1%-ный раствор викасола-2-3 мл. При необходимости вводят сердечно-сосудистые средства).
8. Госпитализировать пациента в стационар в полусидячем положении.
9. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.



## АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

- Цель: остановка кровотечений из пищевода и желудка

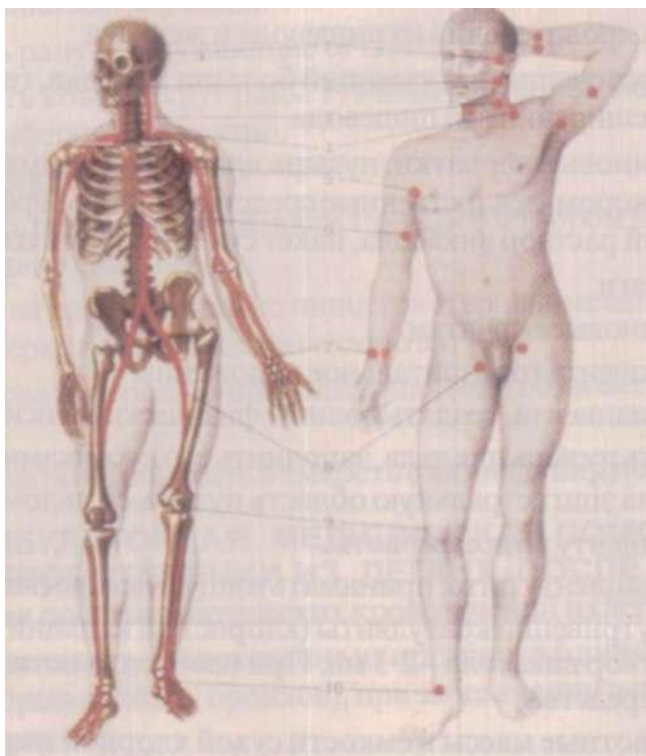
**Показания:** кровотечения при язвенной болезни желудка, геморрагическом Ввстрите, при расширении вен пищевода

Оснащение: резиновые перчатки, пузырь для льда, лед, емкость с дезинфицирующим раствором, лекарственные средства - 10%ный раствор хлористого кальция, 1-ный раствор викасола, пакет сухой хлорной извести

### Провидимые шаги

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Придать пациенту горизонтальное положение.
3. Успокоить пациента, создать полный физический и психический покой.
4. Подготовить пузырь для льда, заполнить его кусочками льда.
5. Положить на эпигастральную область пузырь со льдом на 15 мин.
6. Помочь пациенту во время рвоты.
7. Запретить пациенту пить, принимать пищу и лекарственные средства.
8. Вводить внутривенно коагулянты (хлористый кальций 10%-ный - 10 мл; 1%-ный раствор викасола - 2-3 мл. При необходимости вводят сердечно-сосудистые средства.
9. Засыпать рвотные массы в емкости сухой хлорной известью, в пропорции 1:5 в течение 1 часа.
10. Госпитализировать пациента в стационар в полусидячем положении.
11. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

## АНАТОМИЧЕСКИЕ ТОЧКИ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КРУПНЫХ СОСУДОВ ПАЛЬЦЕВЫМ ПРИЖАТИЕМ



Точки пальцевого прижатия артерий

**Цель:** остановка кровотечения

**Показания:** повреждение крупных артерий

**Оснащение:** перевязочный материал

### **Проводимые шаги**

1. Лицевую артерию прижимают к нижней челюсти в 2 см кпереди от угла.
2. Сонную артерию прижимают пальцем к поперечному отростку VI шейного позвонка (середина *m.sternocleidomastoideus*) с внутренней стороны.
3. Подключичную артерию прижимают к I ребру над ключицей снаружи места прикрепления *m.sternocleidomastoideus* к рукоятке грудины.
4. Подмышечную артерию прижимают к головке плечевой кости в подмышечной впадине.
5. Плечевую артерию прижимают к внутренней поверхности кости у внутреннего края двуглавой мышцы.
6. Бедренную артерию прижимают к горизонтальной ветви лобковой кости ниже пупартовой связки.

## **ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНЕНИЯХ**

Цель: остановка крово течения и профилактика инфицирования раны

Показания: открытые ранения

Оснащение: ненаркотические анальгетики, антисептики, бинт, пинцет, ножницы

Проводимые шаги

1. Укладывают больного на спину.
2. Оказывающий помощь находится справа от больного.
3. Обезболивание.
4. Измерение артериального давления и пульса.
5. Срезают одежду при невозможности ее снятия.
6. Обработка вокруг раны антисептиками.
7. Удаление пинцетом кусков одежды и грязи из раны.
8. Наложение давящей повязки.
9. Положить больного на носилки.
10. Транспортировка в стационар.

## **ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Цель: остановка кровотечения

Показания: повреждения артериальных сосудов конечностей

Оснащение: анальгетики, 2%-ный раствор кордиамина, резиновый жгут, антисептики, стерильный перевязочный материал, кислородная подушка

Проводимые шаги

1. Больного укладывают на спину.
2. Накладывают **Ж 1 у т** на конечность.
3. Обезболивают.
4. Освобождают ротовую полость от слюны.
5. Через маску дают кислород.
6. В/м инъекция 2<sup>М</sup>-ного кордиамина.
7. Рану обрабатывают антисептиками.
8. Перевязывают кровоточащие сосуды.
9. Накладывают стерильные повязки.
10. Имобилизация конечности и транспортировка в стационар.

## **НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА**

**Цель:** обезболивание

**Показания:** болезненность участков тела

**Оснащение:** шприц, вата, спирт, йод, новокаин

### **Проводимые шаги**

1. Подготовить стерильный материал (шприцы, вата, спирт).
2. Подготовить раствор новокаина.
3. Уложить больного на кушетку.
4. Выявить болезненную зону.
5. Произвести обработку кожи йодом и спиртом.
6. Набрать в шприц раствор новокаина.
7. Произвести поверхностное инфильтрирование кожи («лимонная корочка»).
8. Послойно вводить раствор новокаина в толщу мягких тканей.
9. Убрать шприц и обработать кожу.
10. Асептическая повязка.

## **БЛОКАДА ПО ОБЕРСТУ-ЛУКАШЕВИЧУ**

**Цель:** обезболивание

**Показания:** операции на пальцах

**Оснащение:** спирт, пинцет, 2%-ный раствор новокаина, стерильный бинт и салфетки, шприц

### **Проводимые шаги**

1. Уложить пациента в удобной позе.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Обработать 2 раза кисть стерильной салфеткой со спиртом на пинцете.
4. Наложить на основание пальца стерильный бинт.
5. Набрать в шприц 2%/о-ный раствор новокаина 5 мл.
6. Ввести новокаин подкожно по внутренней поверхности пальца с двух сторон.
7. Через 3-5 мин. проводить операцию, не снимая бинт с основания пальца.

## **ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА**

**Цель:** обезболивание

**Показания:** переломы ребер, выраженный болевой корешковый синдром

**Оснащение:** спирт, шприц, 0,5%-ный раствор новокаина

### **Проводимые шаги**

1. Пациент лежит на животе.
2. Врач располагается справа от больного.
3. Обработка 96%-ным спиртом места вкола иглы.
4. В правую руку взять шприц с 20 мл 0,5 %-ного новокаина.
5. На определенном уровне вводят иглу, отступя на 3 см в сторону от линии остистых отростков, внутривожно вводят анестетик.
6. Иглу продвигают, вводя раствор новокаина перпендикулярно до упора в поперечный отросток позвонка.
7. Конец иглы несколько смещают кверху, продвигают вглубь на 0,5см.
8. Ввести 5-10 мл 0,5%-ного новокаина.
9. Иглу вынуть, место вкола обработать спиртом.

### **ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА**

• **ель:** обезболивание

**Показания:** травма в области груди, торакотомия

**Оснащение:** 96%-ный спирт, 0,5%-ный раствор новокаина, шприц

### **[Проводимые шаги**

1. Больного уложить на спину с валиком под лопатку.
2. Голову больного запрокинуть и повернуть в противоположную сторону.
5. Пальпаторно определяют задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
4. Обработка 96%-ным спиртом.
5. Взять шприц с 20 мл 0,5 %-ного новокаина.
6. На середине по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы произвести анестезию до лимонной корки.
7. Иглу продвинуть по направлению к позвоночнику до упора в шейный позвонок.
8. Иглу подать назад и ввести 60 мл 0,5%-ного новокаина.
9. Если блокада произведена правильно на стороне блокады наблюдается .-ужение глазной щели, расширение зрачка и птоз (триада Горнера).
10. Иглу вынимают и обрабатывают место вкола 96%-ным спиртом.

### **ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА. ТЕХНИКА**

**ь:** обезболивание

**азания:** ранения и травмы грудной клетки, ведущих к плевропульмо-

нальному шоку, операции на органах грудной клетки и шеи при упорной икоте после операции на желудке

**Оснащение:** йод, спирт, перевязочный материал, раствор новокаина, шприц

#### **Проводимые шаги**

1. Больного укладывают на спину, под шею подкладывают валик.
2. Если блокада производится слева, то голова больного поворачивается вправо, левая рука свисает и наоборот.
3. Кожу шеи обрабатывают спиртом, йодом и обкладывают стерильными салфетками.
4. Хирург обрабатывает руки как для операции и одевает перчатки.
5. По заднему краю m.sternocleidomastoideus внутрикожно вводят 20 мл 0,5%-ного новокаина.
6. Отодвигают мышцу пальцами внутрь, по направлению пальца вкалывают иглу до передней поверхности шейных позвонков, оттянув поршень, проверяют не находится ли игла в сосудах, слегка игла оттягивается после чего вводят 30-60 мл 0,5%-ного новокаина.
7. Иглу удаляют, место прокола прижимают марлевым шариком, смоченным в спирте.
8. Если блокада проведена правильно на стороне блокады наблюдается сужение глазной щели, расширение зрачка и птоз (триада Горнера).
9. Осложнения - кровотечение, повреждение трахеи и нервов.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ**

**Цель:** очистить ЖКТ от содержимого

**Показания:** задержка стула вследствие механического препятствия продвижения каловых масс, нарушение сократительной функции кишки неврогенного происхождения, подготовка к рентгенологическим исследованиям или эндоскопии, подготовка к операции

**Оснащение:** резиновые перчатки, кружка Эсмарха, вазелин, клеенка, судно, салфетки, емкость с дезинфицирующим раствором, наконечник длиной 8-10 см, вода - 1-1,5 литра при температуре +20°C

#### **Проводимые шаги**

1. Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции. Надеть резиновые перчатки.
2. Общий подход к пациенту, осмотр области заднего прохода (нет ли геморроя, трещины прямой кишки, опухоли и др.).
3. Больного надо укладывать на левый бок с приведенными к животу коленями.

4. Раздвинуть ягодицы 1-2 пальцем левой руки, а правой рукой ввести в задний проход смазанный вазелином наконечник.
5. Первые 3-4 см наконечник вводят по направлению к пупку, затем - параллельно копчику.
6. Кружку поднимают, после чего открывают кран, вводят до 1,5 литра воды.
7. Если вода не поступает, нужно немного изменить положение наконечника, выдвинув его на 1-2 см, или увеличить давление, подняв кружку.
8. После введения жидкости кран закрывают и осторожно извлекают наконечник, больной должен сдерживать 5-10 мин. позыв на дефекацию.
9. После процедуры снимают перчатки и моют руки.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ СИФОННОЙ КЛИЗМЫ**

**Цель:** очистить ЖКТ от содержимого

**Показания:** подозрение на кишечную непроходимость, отсутствие эффекта от очистительной клизмы и слабительных

**Оснащение:** кружка Эсмарха, толстый кишечный зонд, вазелин и вода

**Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Осмотреть область заднего прохода (нет ли геморроя, трещины прямой кишки, опухоли и др.).
3. Больного надо укладывать на левый бок с приведенными к животу коленями.
4. Под ягодицы подкладывают клеенку, свободный край опускают в ведро.
5. На один конец резиновой трубки надевают стеклянную воронку вместимостью 0,5 л.
6. Конец кишечного зонда смазывают вазелином.
7. Вращательными движениями вводят резиновую трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.
5. Постепенно наполняют воронку жидкостью.
6. Наполненную кружку Эсмарха поднимают высоко, после того как вода будет введена в кишечник, кружку опускают ниже уровня кушетки и в нее из кишечника с промывными водами начнет поступать кишечное содержимое.
7. Кружку опорожняют, наливают в нее чистую воду и повторяют манипуляции несколько раз.
8. Удалить зонд из прямой кишки.
9. Снять перчатки.

## ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

**Цель:** оказание первой помощи при повреждении грудной клетки

**Показания:** наличие пневмоторакса и гемоторакса

**Оснащение:** иункционная игла, спирт, фонендоскоп, рентген-кабинет, дренажные трубки, иглодержатель, скальпель

### Проводимые шаги

1. Обследующий подходит к больному с правой стороны.
2. При осмотре положение больного вынужденное (поврежденную половину больной шадит, особенно во время вдоха).
3. При перкуссии: отмечается коробочный звук - при пневмотораксе, тупость - при гемотораксе.
4. При аускультации - резкое ослабление дыхательных шумов (со стороны повреждения).
5. При рентгеноскопии грудной клетки выявляется смещение средостения в здоровую сторону, при пневмотораксе с коллапсом легкого. При гемотораксе рентгенологическое исследование обнаруживает скопление жидкости в нижних отделах плевральной полости, верхняя граница жидкости образует четко горизонтальный уровень.
6. Пункция плевральной полости при пневмотораксе - во втором межреберье по среднеключичной линии.
7. Пункция плевральной полости при гемотораксе производится по задней подмышечной линии в седьмом межреберье.
8. Дренаживание плевральной полости при большом пневмотораксе - в седьмом межреберье по задней подмышечной линии.
9. Дренаживание плевральной полости при пневмотораксе - во втором межреберье по средней ключичной линии.

### АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

*Открытый пневмоторакс развивается при поступлении воздуха через рану в плевральную полость при вдохе и выхождения его наружу при выдохе.*





**Цель:** оказание первой помощи при открытом пневмотораксе

**Показания:** наличие пневмоторакса

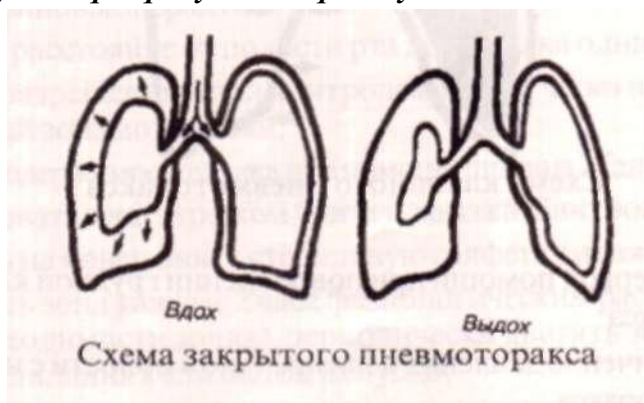
**Оснащение:** 50%-ный раствор анальгина, антисептики, лейкопластырь, перевязочный материал, пузырь со льдом

**Проводимые шаги**

1. Провести обезболивание введением внутримышечно 50%-ного раствора анальгина 2 мл.
2. Обработать вокруг раны раствором антисептика.
3. Наложить на рану окклюзионную повязку (после тампонады раны кожу обработать масляным раствором и наложить прорезиненную ткань из индивидуального перевязочного пакета стерильной стороной, заклеить лейкопластырем).
4. Наложить пузырь со льдом на место раны.
5. Провести оксигенотерапию.
6. Госпитализировать на носилках в положении полусидя в хирургическое отделение.
7. Следить за артериальным давлением, пульсом, дыханием.
8. Решить вопрос о профилактике столбняка.

**АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ ЗАКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ**

*Закрытый пневмоторакс развивается вследствие одномоментного вы-  
1 хождения воздуха через рану в плевральную полость.*



**Цель:** оказание первой помощи при повреждении грудной клетки с развитием закрытого пневмоторакса.

**Показания:** наличие закрытого пневмоторакса

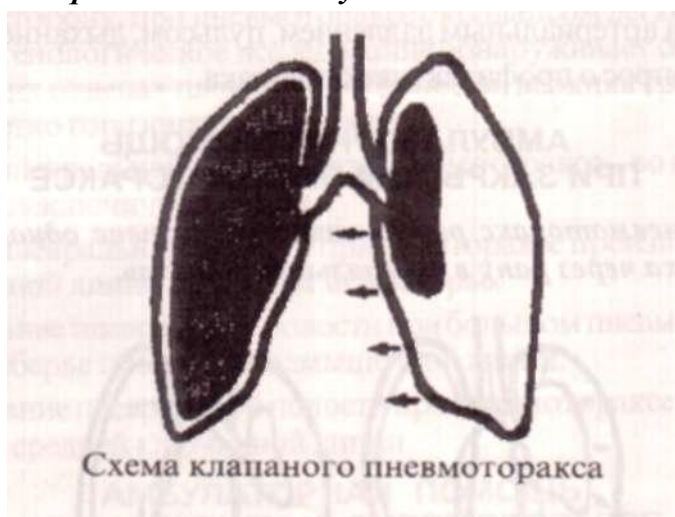
**Оснащение:** 50%-ный раствор анальгина, антисептики, перевязочный материал, пузырь со льдом.

### **Проводимые шаги**

1. Провести обезболивание введением внутримышечно 50%-ного раствора анальгина 2 мл.
2. Если есть рана, обработать вокруг нее раствором антисептика.
3. Наложить на рану асептическую повязку.
4. Наложить пузырь со льдом на место раны.
5. Госпитализировать на носилках в положении полусидя в хирургическое отделение.
6. При наличии раны решить вопрос о профилактике столбняка.

### **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ**

*Клапанный пневмоторакс развивается при поступлении воздуха через рану в плевральную полость с каждым вдохом и герметическим закрытием повреждениями раневого отверстия при выдохе. При каждом вдохе количество воздуха в плевральной полости увеличивается.*



**Цель:** оказание первой помощи при повреждении грудной клетки и клапанного пневмоторакса

**Показания:** увеличение давления в плевральной полости с наличием клапанного пневмоторакса

**Оснащение:** 50% раствор анальгина, полиглюкин, перевязочный материал, пузырь со льдом, кордиамин

### **Проводимые шаги**

1. Провести обезболивание введением внутримышечно 50%-ного раствора анальгина 2 мл или 2%-ного раствора промедола 1 мл.

2. Обработать вокруг раны раствором антисептика.
3. Наложить на рану окклюзионную повязку (после тампо! «алы раны кожу обработать вокруг масляным раствором и наложить прорезиненную ткань из индивидуального пакета стерильной стороной, заклеить лейкопластырем).
4. Наложить пузырь со льдом на повязку.
5. Провести плевральную пункцию на стороне поражения.
6. Провести оксигенотерапию.
7. Ввести внутривенно полиглюкин 500 мл, внутримышечно - 2 мл кордиамина.
8. Госпитализировать на носилках в положении полусидя в хирургическое отделение.
9. Следить за артериальным давлением, пульсом, дыханием.
10. Решить вопрос о профилактике столбняка.

### **ТЕХНИКА ЗОНДИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА**

Цель: предупреждение асфиксии содержимым желудка

Показания: подготовка желудка к оперативным вмешательствам

Оснащение: стерильный тонкий желудочный зонд, шприц Жане, лоток, емкость для сбора содержимого желудка, зажим, стерильные салфетки, электроотсос, резиновые перчатки, емкость с дезраствором

Проводимые шаги

1. Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Измерить расстояние от полости рта до желудка одним из способов.
4. Ввести (с разрешения и под контролем врача) через носовой ход тонкий желудочный зонд до отметки.
5. Отсосать содержимое желудка при помощи шприца Жане или электроотсоса.
6. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать бинт вокруг лица пациента.
7. Наложить на конец бинта стерильную салфетку и зажим.
8. Промывать зонд каждые 2 часа физиологическим раствором (для сохранения проходимости зонда), периодически двигать зонд для предотвращения прилипания к слизистой желудка.
9. Поместить в емкость с дезраствором использованные предметы медицинского назначения.
10. Снять перчатки и поместить их в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **ТЕХНИКА ВСТАВЛЕНИЯ ЗОНДА БЛЕКМОРА**

*Зонд Блекмора вставляется при профузных кровотечениях из вен пище-*

***вода или при синдроме Меллори-Вейса. Зонд состоит из трехканального или четырехканального желудочного зонда с двумя баллончиками.***

**Цель:** остановка кровотечения из пищевода и кардиального отдела желудка

**Показания:** профузные кровотечения из вен пищевода или при синдроме Меллори-Вейса

**Оснащение:** шприц, вазелин, шприц Жане, зонд Блекмора, промедол, пипольфен

**Проводимые шаги**

1. Проверить целостность баллончиков и необходимого количества жидкости или воздуха введением воздуха через зонда шприцем.
2. Зонд смазывают вазелином или глицерином.
3. Носоглотку смазывают 0,5%-ным раствором дикаина или инфуляцией лидокаина.
4. Зонд вводят через носовой ход в пищевод и далее в желудок.
5. В желудочный баллончик шприцом вводят воздух до 100 мл и зонд подтягивается наверх до упора.
6. В пищеводный баллончик шприцем Жане вводят воздух 50-60 мл (индивидуально для каждого баллончика).
7. Степень заполнения баллонов контролируется степенью раздувания резиновых баллончиков в воздухоносных каналах.
8. Аспирируется содержимое желудка, последний промывается до чистой воды.
9. Периодически проверяя содержимое желудка, можно судить о эффективности тампонады.
10. Периодически больному вводят промедол, пипольфен.
11. Окончательно зонд извлекается через 24-72 часа.

### **ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД**

**Цель:** освобождение желудка от содержимого

**Показания:** желудочное кровотечение, пищевые отравления, гастростаз, острая кишечная непроходимость, при отравлениях

**Оснащение:** желудочный зонд разных диаметров, воронка ёмкостью до 0,5-1,0 л, фартук, таз, посуда с теплой водой, кружка

**Проводимые шаги**

1. Общий подход к пациенту, убедиться, что пациент удобно сидит или лежит на левом боку.

2. Обработка зева и глотки при рвотных рефлексах.
3. На больного надеть резиновый фартук.
4. Врач располагается справа и сзади от больного.
- 5.левой рукой охватывается шея больного сзади, в правую руку берется зонд, смазанный вазелином.
6. Больной делает глотательные движения в такт которых быстро зонд продвигается в желудок.
7. опускают вниз воронку в котором появляется желудочное содержимое. Первую порцию нужно собрать для анализа в отдельную бутылочку.
8. Зонд присоединяется к воронке, в нее наливают воду комнатной температуры (до 1 литра).
9. Воронку поднимают выше уровня рта вводится вода, затем ее медленно опускают вниз.
10. Эта процедура повторяется многократно до чистых промывных вод.

### **КОРМЛЕНИЕ БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ ЗОНД**

**Цель:** парентеральное питание

**Показания:** невозможность кормления через рот

**Оснащение:** зонд, шприц Жане, глицерин

#### **Проводимые шаги**

1. Уложить больного на спину.
2. Врач находится справа от больного.
3. Конец зонда смочить в глицерине.
4. Через нос ввести желудочный зонд в желудок.
5. Зафиксировать наружный конец зонда лейкопластырем к коже носа, щеки.
6. В правую руку взять шприц Жане, а в левую - зонд.
7. Сначала отсосать содержимое желудка.
8. Ввести чистую воду в объеме 700 мл.
9. Повторно отсосать до полного очищения желудка.
10. Ввести 100-150 мл бульона, закрыть зонд на 1 час.
11. В промежутках между кормлениями зонд должен быть открыт (для декомпрессии желудка).

### **ПРОВЕДЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЛАПАРОЦЕНТЕЗА**

**Цель:** уточнение диагноза

**Показания:** сомнения на наличие или отсутствие острых хирургических

заболеваний органов брюшной полости (к лапароцентезу часто прибегают при тупых травмах живота, когда состояние больных тяжелое и другие виды исследования не дают достоверной информации)

**Оснащение:** новокаин, шприц, ножницы, скальпель, йод, спирт, перевязочный материал, зажимы, крючки Фарабефа, резиновые перчатки

#### **Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Придают пациенту необходимое положение.
3. Лапароцентез проводят обычно выше пупка по белой линии живота, длиной 2-3 см часто иод местной анестезией.
4. Когда отсутствует лапароскоп, также производится лапароцентез: вводится так называемый «шарящий» катетер. По нему вводится жидкость из флакона по типу сифона, определяется обратный отток содержимого из брюшной полости.
5. При лапароцентезе обращают внимание на содержимое из брюшной полости (газ, кровь, содержимое желудка или кишок, желчи, мочи и перитонеального выпота).
6. В зависимости от содержимого в брюшной полости устанавливают предварительный диагноз.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА**

**Цель:** удаление скопившейся жидкости или экссудата

**Показания:** асцит

**Оснащение:** скальпель, троакар, антисептики, асептическая повязка, дренажная трубка, 0,5%-ный раствор новокаина

#### **Проводимые шаги**

1. Опорожнение мочевого пузыря больно! о.
2. Больной сидит с опущенными ногами или лежит с приподнятым головным концом.
3. Подход к пациенту спереди. Выбор места пункции - по средней линии на 2 см ниже уровня пупка.
4. Обработка поля выполняемой манипуляции.
5. Анестезия зоны пункции 0,5%-ным раствором новокаина.
6. Надрез кожи скальпелем длиной до 1,0 см.
7. Прокол брюшной стенки троакаром пері [ендикулярно животу - начинает вытекать жидкость брюшной полости. Правила выпуска жидкости-вы-

- пускают медленно с перерывами в 5-6 мин., сдавливая живот простыней.
8. Асцитическая жидкость выпускается медленно, с перерывами в 5-6 мин. (контроль общего состояния, АД и пульса больного).
  9. Оставление дренажной трубки в брюшной полости, введенной через троакары и закрепление ее к коже шелковым швом и обработка раны или удаление троакара.
  10. Ушивание раны брюшной стенки, обработка антисептиком, асептическая повязка.

### **ПРОВЕДЕНИЕ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ**

Цель: оказание первой помощи при повреждении грудной клетки

Показания: наличие пневмоторакса и гемоторакса

Оснащение: канюли длиной 8-15 см с коротко заостренным концом, резиновый переходник, зажим, 20-граммовый шприц, спирт, перевязочный материал, лейкопластырь, 0,5%-ный новокаин

Проводимые шаги

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Создание положения больного для плевральной пункции (усаживают на стул, спина больного должна находиться вертикально). Отметить точку пункции (II-IV межреберье по среднеключичной линии).
3. Обработать спиртом место проведения пункции.
4. Вкол иглы производят по верхнему краю ребра, чтобы не повредить расположенные у нижнего края сосуды и нервы.
5. При нахождении в плевральной полости жидкости пункцию производят обычно в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии.
6. При пневмотораксе лучше производить пункцию во II межреберье по парастеральной линии.
7. В случаях когда после торакальных операций жидкость ограничена, инкапсулирована-следует под контролем рентгена или УЗИ пунктировать место нахождения жидкости.
8. Замена иглы на более толстую, обезболивание межреберье (по верхнему краю ребра) и плевральная пункция).
9. Введение внутривенно гормонов, антибиотиков, химиопрепаратов. Удаление иглы и обработка раны. Жидкость отправить на цитологическое исследование.
10. Осложнения, связанные с плевральной пункцией: пневмоторакс и подкожная эмфизема, кровотечение, прокол легкого, воздушная эмболия, прокол сердца.

## **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ТОРАКОЦЕНТЕЗА**

Цель: удаление скопившейся жидкости или экссудата

Показания: введение дренажа, торакоскопия, биопсия, термокоагуляция

Оснащение: набор для местной анестезии, торакоскоп, зажимы, дренажная трубка, резиновые перчатки

Проводимые шаги

1. Надеть перчатки.
2. Торакоцентез проводится по боковой стенке или по передней грудной стенке на П-Ш межреберьях.
3. Положение больного при торакоцентезе боковой стенки на противоположном боку с валиком. При торакоцентезе передней грудной стенки во П-Ш межреберье на спине с валиком или сидя.
4. Прокол кожи скальпелем до 1 см и наложение швов на кожу - держалки.
5. Введение троакара в плевральную полость (по верхнему краю ребра) и извлечение стилета.
6. Установка дренажа в плевральную полость через троакар, с пережатием конца дренажа зажимом.
7. Извлечение трубки троакара и фиксация дренажа к ранее наложенным швам держалкам.
8. Обработка окружности дренажа и наложение стерильной салфетки. Присоединение к дренажу системы для постоянной аспирации.
9. Рентген - контроль после плевральной пункции. Возможные осложнения: кровотечение, кровохарканье, поступление воздуха из легкого, который требует немедленного дренирования плевральной полости с отсосом.

## **ТЕХНИКА ВСКРЫТИЯ ПОДКОЖНЫХ ПАНАРИЦИЙ**

Цель: опорожнение гнойника, создание оттока гноя

Показания: сильная пульсирующая боль в области пальца и первая «бессонная ночь»

Оснащение: резиновые перчатки, шприц, новокаин или лидокаин, скальпель, зажимы, антисептики, стерильный перевязочный материал, резиновая турунда

Проводимые шаги

1. Надеть перчатки.
2. Обезболивание: местное, новокаином или лидокаином.
3. Выбор метода разреза: по нерабочей поверхности фаланги линейно-боковые разрезы (парные для сквозных).
4. Техника: обработка фаланги антисептиками, анестезия по Оберегу-Лукашевичу, линейно боковой разрез, иссечение некротических тканей, промывание антисептиками и дренирование резиновыми выпускниками.



5. Возможные осложнения во время вскрытия: повреждение сосудистого нервного пучка пальца.

### **ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН (ПХОР)**

Цель: профилактика нагноения раны, стерилизация ножом, удаление нежизнеспособных тканей, гемостаз и соединение тканей

**Показания:** при любых случайных ранениях мирного времени в течение первых 12 час. после ранения

**Оснащение:** спирт 70° -10.0, раствор новокаина 0,5%-ный -100,0, антисептик, скальпель, пинцет, зажимы, иглодержатель, иглы, нити стерильные, ножницы, шарики, салфетки, лейкопластырь

#### **Проводимые шаги**

1. Этапы ПХОР: обработка операционного поля антисептиками, местная новокаиновая анестезия, иссечение скальпелем краев стенки дна раны, гемостаз, послойное ушивание раны.
2. Особенности ПХОР головы и лица: экономное освежение краев раны и возможность ПХОР до 48 час. после ранения.
3. Особенности ПХОР кисти: максимальная экономия - удаляют только нежизнеспособные ткани.
4. Максимальная экономия тканей соблюдается при ПХОР нервов, сосудов и мозговой ткани, удаляют только полностью отделившиеся нежизнеспособные ткани.
5. Противопоказания к проведению ПХОР: тяжелое общее состояние больного (шок, острая анемия и развитие гнойной инфекции в ране).
6. При всех свежих случайных ранах должна проводиться профилактика столбняка (СА -, ПСС по схеме).

### **ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗКИ ЧЕПЕЦ**

Повязка на голову в виде чепца

**Цель:** фиксация асептической повязки

**Показания:** раны волосистой части головы

**Оснащение:** бинт

**Проводимые шаги**

1. Отрезают от бинта завязку длиной около 1 м.
2. Располагают ее серединой на темя, концы удерживает больной или помощник.
3. Делают закрепляющий тур вокруг лба и затылка.
4. Продолжают бинтование и доходят до завязки.
5. Бинт оборачивают вокруг завязки и ведут по затылку завязки с другой стороны.
6. Снова оборачивают бинт вокруг завязки и ведут дальше вокруг головы несколько выше закрепляющего тура.
7. Повторными ходами бинта полностью закрывают волосистую часть головы.
8. Бинт привязывают к завязке, а ее завязывают под подбородком.

### **НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ СУСПЕНЗОРИЙ**

**Цель:** фиксация повязки на промежности

**Показания:** раны мошонки или промежности

**Оснащение:** бинт, антисептики

**Проводимые шаги**

1. Подготовить повязки для суспензория (полоску широкого бинта длиной 30-50 см разрезают с концов пополам, оставляя неразрезанным участок длиной 15-20 см).
2. Укладывают больного на спину.
3. Врач должен находиться справа от больного.
4. Сделать пояс из бинта.
5. Попросить больного, чтобы ногу согнул в тазобедренном и коленном суставах.
6. Попросить больного, чтобы левой рукой поднял мошонку.
7. Обработка мошонки антисептиками.
8. Подвести суспензорий под мошонку больного и провести задние тесемки к поясу, завязать.
9. Опускают мошонку.
10. Несколько подтянув, завязывают передние тесемки.

## **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ**

Цель: первая медицинская помощь

**Показания:** ожоги

**Оснащение:** ненаркотические анальгетики, стерильная простыня

### **Проводимые шаги**

1. Исключить воздействие действующего агента.
2. Вынести из очага.
3. Обработка струей холодной воды.
4. Обезболивание.
5. Срезать и снять поврежденную одежду.
6. Обработать вновь струей холодной воды.
7. Укрыть больного стерильной простыней.
8. При локальных ожогах - повязки.
9. Положить на носилки.
10. Транспортировка в стационар.

## **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ**

Цель: оказание первой медицинской помощи

**Показания:** воздействие различных химических агентов

**Оснащение:** пузырь со льдом, ненаркотические анальгетики, асептическая повязка

### **Проводимые шаги**

1. Прекратить действие поражающего фактора.
2. Освободить участок с ожогом от одежды.
3. Ожоговую поверхность промыть холодной водой в течение 20 мин. (нельзя промывать водой ожоговую поверхность с серной кислотой, негашеной известью, фосфором. В этом случае: фосфор убрать пинцетом, серную кислоту или негашеную известь убрать салфеткой, смоченной антисептиком).
4. Провести обезболивание (дать таблетку анальгина или ввести 50%-ный раствор анальгина внутримышечно).
5. Наложить на рану асептическую повязку (раствор фурациллина, суспензию с анестезином) или обработать рану пенстыми аэрозолями (пантенол).
6. Провести иммобилизацию конечности шинами или косыночной повязкой.
7. Наложить на место ожога пузырь со льдом.

8. Госпитализировать в травматологическое отделение, лежа на носилках.
9. При 2-4 степени ожога решить вопрос о профилактике столбняка.

### **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ**

Цель: оказание первой медицинской помощи

Показания: отморожение частей тела

Оснащение: термоизолирующая повязка

Проводимые шаги

#### ***1-ый способ***

1. Растереть обмороженный участок тела сухими руками.
2. Наложить сухую термоизолирующую повязку (повязка с ватно-марлевыми тампонами закрывается целлофановой пленкой, сверху накладывается мягкая бинтовая повязка или шерстяная ткань).
3. Провести иммобилизацию конечности.
4. Быстро доставить в лечебное учреждение.

#### ***2-ой способ***

1. Растереть обмороженный участок тела сухими руками.
2. Опустить обмороженный участок тела в воду с температурой 18°C, постепенно увеличивая температуру до 38°C. Высушить сухой салфеткой.
3. Наложить на обмороженные участки асептическую повязку.
4. Провести иммобилизацию конечности шиной или косыночной повязкой.
5. Напоить пострадавшего горячим чаем, кофе.
6. Ввести 1%/(1-ный раствор дибазола 1 мл внутримышечно, 1%-ный раствор никотиновой кислоты 1 мл внутримышечно.
7. Госпитализировать в травматический пункт или травматологическое отделение.

### **ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ**

Цель: остановка кровотечения

Показания: кровотечения из мелких сосудов во время операции

Оснащение: электрокоагулятор, коагуляционный пинцет

Проводимые шаги

1. Подготовить аппарат к работе.
2. Положить больного на операционный стол.
3. Подсоединить к больному «электрод-массу».
4. Обработать операционное поле.

5. Произвести необходимый разрез мягких тканей.
6. Взять на зажим или пинцет кровоточащий сосуд.
7. Подвести активный электрод к инструменту на сосуде.
8. Произвести электрокоагуляцию нажатием на педаль или кнопку.
9. Убрать инструмент.
10. Проверить гемостаз.

### **ТЕХНИКА НАЛОЖЕНИЯ КОЖНЫХ ШВОВ**

Цель: восстановление целостности ткани

Показания: наличие чистой раны

Противопоказания: гнойная, укушенная, сильно загрязненная рана

Оснащение: стерильный лоток, резиновые перчатки, иглодержатель, перевязочный материал, пинцеты, иглы режущие, ножницы Купера, шовный материал, шприц с иглой, 1%-ный раствор йодоната, этиловый спирт 70%-ный, 0,5%-ный раствор новокаина

Проводимые шаги

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Обработать 2 раза кожу вокруг раны раствором йодоната салфеткой на пинцете.
3. Обработать вокруг раны кожу 70%-ным этиловым спиртом салфеткой на пинцете.
4. Провести местную анестезию в области раны одним из способов.
5. Заправить иглодержатель, закрепив его у ушка режущей иглы.
6. Ввести шовный материал в ушко иглы.
7. Захватить ткани одной стороны раны хирургическим пинцетом.
8. Ввести иглу в кожу, отступив от разреза и края раны на 1 см.
9. Провести иглу через дно раны.
10. Вывести иглу с другой стороны раны, отступив от разреза и края раны на 1 см.
11. Перехватить иглодержателем иглу у острия.
12. Придержать кожу хирургическим пинцетом при выведении иглы.
13. Вывести иглу из тканей и освободить от нитки.
14. Завязать 3 раза концы нити хирургическими узлами на одной стороне раны.
15. Обрезать ножницами нить на 1 см от узла.
16. Наложить остальные узловы швы также, отступив от предыдущего узла на 1 см.

17. Обработать шов промокательными движениями салфеткой с йодонатом на пинцете.
18. Наложить сверху салфетку пинцетом.
19. Закрепить салфетку повязкой.
20. Отработанный инструмент и перевязочный материал поместить в разные емкости с дезинфицирующим раствором.
21. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **ТЕХНИКА СНЯТИЯ КОЖНЫХ ШВОВ**

*Снимать швы надо через 5-7 дней после их наложения. Если послеоперационная рана больших размеров, то снимать швы следует сначала через один. А на следующий день снять остальные.*

**Цель:** удаление шовного материала

**Показания:** наличие шовного материала

**Оснащение:** стерильный лоток; резиновые перчатки, перевязочный материал, пинцеты анатомические; ножницы остроконечные; 1%-ный раствор йодоната

#### **Проводимые шаги**

1. Придать больному удобное положение.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Обработать послеоперационную рану промокательными движениями раствором йодоната салфеткой на пинцете.
4. Взять анатомическим пинцетом за узелок шва и потянуть его на себя.
5. Обрезать ножницами белую часть нити под узелком.
6. Удалить нить из тканей пинцетом.
7. Обработать рану салфеткой с йодонатом на пинцете.
8. Наложить сухую салфетку на рану пинцетом.
9. Закрепить салфетку одним из способов.
10. Отработанный инструмент и перевязочный материал поместить в разные емкости с дезинфицирующим раствором.
11. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

### **НАЛОЖЕНИЕ ЛЕСТНИЧНОЙ ШИНЫ КРАМЕРА**

**Цель:** иммобилизация конечности

**Показания:** травмы конечностей

Оснащение: шина Крамера, асептическая повязка, ненаркотические анальгетики, бинты

Проводимые шаги

1. Уложить больного на спину.
2. Обезболивание.
3. Срезать одежду и обувь.
4. Асептическая повязка на рану.
5. Шине придают нужную форму.
6. Помощник осторожно поднимает конечность.
7. Укладка поврежденной конечности на шину.
8. Сверху шину укрепляют бинтами.
9. Положить на носилки.
10. Транспортировка в стационар.

### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ**

Цель: предупреждение инфицирования ран

Показания: раны теменной области головы

Оснащение: ножницы, 0,5%-ный раствор новокаина, 5%-ный раствор йода, шприц, скальпель, перевязочный материал, антисептики

Проводимые шаги

1. Укладывают больного на спину.
2. Волосы вокруг раны отстригают ножницами.
3. Кожу вокруг раны обрабатывают 5%-ной раствором йода.
4. Анестезия 0,5%-ным раствором новокаина вокруг раны.
5. Пинцетом удаляют из раны куски одежды, волосы.
6. Иссекают края раны, превращая рану в резаную.
7. Перевязывают кровоточащие сосуды.
8. Обработка раны антисептиками.
9. Послойное ушивание раны.
10. Обработка раны 5%-ным раствором йода и асептическая повязка.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ВЕНЕСЕКЦИИ**

Цель: отсутствие периферических вен для внутривенных инфузий

Показания: внутривенные вливания

Оснащение: жгут, антисептики, скальпель, катетер, шприц, шелк, игла, зажим, 0,5%-ный раствор новокаина

#### Проводимые шаги

1. Общий подход к больному. Выбор вены для венесекции (например медиальной лодыжки).
2. Наложение жгута над уровнем предполагаемой венесекции.
3. Обработка кожи антисептиками и местная анестезия 0,5%-ным раствором новокаина.
4. Разрез кожи с гемостазом.
5. Выделение вены с взятием на держалку и перевязка дистальной части вены.
6. Наложение насечки на проксимальную часть вены.
7. Введение катетера в вену в проксимальном направлении.
8. Закрепить катетер перевязкой в вене.
9. Наложение кожных швов с фиксированием катетера кожными швами.
10. Проверка правильности венесекции: откачивание крови шприцем через катетер.

#### **ПАЛЬЦЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Цель:** диагностика заболеваний прямой кишки и органов малого таза

**Показания:** заболевания прямой кишки, нарушения функции, острая кишечная непроходимость, заболевания органов брюшной полости, гинекологическая патология

**Оснащение:** резиновые перчатки и вазелин

#### Проводимые шаги

1. Надеть перчатки.
2. Общий подход к пациенту. Положение больного-коленно-локтевое, на боку или спине с приведенными к животу коленями.
3. Описание при наружном осмотре в области заднего прохода-нет ли геморроя, трещины и опухоли.
4. Надевают перчатку, второй палец смазывают вазелином и вводят в анальный канал, больному необходимо слегка потужиться.
5. Последовательно по всей окружности исследуют прямую кишку, отмечая наличие болезненности, опухолевидных образований (их размер, подвижность, консистенцию, связь с окружающими тканями), состояние наружного сфинктера, предстательных желез или матки с придатками.
6. После манипуляции осматривают палец нет ли на нем патологических выделений (гной, кровь, слизь).
7. Снимают перчатки.



## **УРОЛОГИЯ**

### **ПАЛЬПАЦИЯ ПОЧЕК И СИМПТОМ «ПОКОЛОЧИВАНИЯ»**

Цель: диагностика патологических состояний почек и околопочечной клетчатки

Показания: заболевания почек и мочевых путей

Оснащение: стул, кровать (кушетка)

Проводимые шаги

1. Положение больного. Почки следует пальпировать в положении больного лежа на спине, на боку и, при необходимости, стоя. Для расслабления мышц передней брюшной стенки больного просят немного согнуть ноги в тазобедренном и коленном суставах.
2. Положение врача. При пальпации почек врач сидит справа от больного, лицом к головной части кровати.
3. Техника пальпации почек. Для пальпации правой почки левую руку подводят под спину больного в области реберно-позвоночного угла. Пальцы правой руки помещают спереди и под реберной дугой. При пальпации левой почки следует правую руку подвести под левый реберно-позвоночный угол, а левую руку углубить в левое подреберье. Пальпацию почки в положении на боку и стоя проводят аналогичным приемом.
4. Почки у здоровых людей доступны пальпации только при астеническом телосложении и у детей. Сближая пальцы правой и левой рук, можно при глубоком вдохе ощутить нижний полюс почки. В норме пальпация почек не вызывает боли и напряжения мышц поясничной области.
5. Увеличенная почка пальпируется при гидронефрозе, опухоли, поликистозе, в том числе при дистопии. Патологически подвижная почка пальпируется в положении больного стоя.
6. Симптом поколачивания проводится в положении больного лежа на боку или стоя путем нанесения коротких несильных ударов ребром ладони по поясничной области в реберно-мышечном углу, поочередно с каждой стороны. Симптом поколачивания в норме отрицателен. Симптом поколачивания считается положительным при появлении болезненных ощущений, которые наблюдаются при патологических состояниях в почке и околопочечной клетчатке.

### **ПАЛЬПАЦИЯ И ПЕРКУССИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Цель: диагностика патологических состояний мочевого пузыря

Показания: заболевания почек, мочевого пузыря, уретры и простаты

Оснащение: стул, кровать (кушетка), резиновые перчатки

### **Проводимые шаги**

1. Положение больного. Мочевой пузырь следует пальпировать в положении больного лежа на спине. Для расслабления мышц передней брюшной стенки больного просят немного согнуть ноги в тазобедренных и коленных суставах.
2. Положение врача. Он сидит с права от больного, лицом к головной части кровати.
3. Техника пальпации. Пальцы правой руки помещают над лонным сочленением и легким движением подавливают на мочевой пузырь. Кроме того, пользуются бимануальной (двумя руками) пальпацией (у женщин *per vaginum*, у мужчин и девочек - *per rectum*) мочевого пузыря.
4. В норме опорожненный пустой мочевой пузырь не пальпируется.
5. Увеличение мочевого пузыря. Чаше всего наблюдается при задержке мочи. При бимануальной пальпации удается прощупать камень, инфильтрирующую опухоль и др.
6. Перкуссия мочевого пузыря проводят по средней линии живота, начиная от эпигастральной области по направлению к лобку. При наполненном мочевом пузыре определяется тупой звук над лобком. Для определения остаточной мочи выполняется перкуссия мочевого пузыря сразу не после мочеиспускания. При наличии остаточной мочи определяется тупой перкуторный звук над лобком.

### **ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОСТАТЫ**

**Цель:** диагностика патологических состояний предстательной железы

**Показания:** заболевания предстательной железы, мочевого пузыря и уретры

**Оснащение:** кушетка, резиновые перчатки, вазелин (глицерин)

### **Проводимые шаги**

1. Положение больного. Пальцевое исследование простаты проводят в положении больного стоя, с наклоном вперед на 90 градусов, в коленно-локтевом положении или лежа на боку (студент должен разъяснить устно, в каком положении наиболее удобно для больного данное исследование, так как задание выполняется на муляже).
2. Техника исследования. Врач надевает резиновую перчатку и указательный палец смазывает вазелином или глицерином. При введении указательного пальца на передней стенке прямой кишки пальпируется предстательная железа.
3. При пальпации выполняется следующий алгоритм обследования:
  - размеры простаты - нормальный, увеличенный, уменьшенный;

- поверхность - гладкая или бугристая;
  - симметричность долей - симметричная, асимметричная;
  - срединная бороздка - выражена, сглажена, не определяется;
  - консистенция - эластичная, твердая, мягкая, пастозная;
  - болезненность - болезненная, безболезненная;
  - наличие узлов - есть или нет;
  - локализация узлов - правая или левая доля;
  - контуры простаты - ровные, неровные;
  - после пальпации можно проводить массаж простаты с получением секрета простаты для исследования.
4. При пальпации можно определить наличие признаков простатита, аденомы или рака простаты.

### **КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Цель: лечебная - опорожнение мочевого пузыря при задержке мочи, диагностическая - определение патологических состояний в мочевом пузыре и мочевыводящих путей

Показания: задержка мочи. Кроме того, катетеризацию мочевого пузыря производят для введения в мочевой пузырь лекарственных веществ и рентгеноконтрастных препаратов

Оснащение: кровать (кушетка), эластический катетер, 5%-ный мыльный раствор, 3 стерильных тампона, стерильный пинцет, резиновые перчатки, стерильный либрикант (глицерин), почкообразный лоток

Проводимые шаги

1. Положение больного. Катетеризацию мочевого пузыря проводят в положении больного лежа на спине.
2. Показанием к катетеризации является задержка мочи. Кроме того, катетеризацию мочевого пузыря производят для введения в мочевой пузырь лекарственных веществ и рентгеноконтрастных препаратов.
3. Для катетеризации применяются эластические катетеры. Манипуляция выполняется с соблюдением всех правил асептики. Техника введения катетера в мочевой пузырь у женщин: в положении на спине с разведенными ногами тщательно обрабатывают тампоном, смоченным мыльным раствором (2 раза стерильным тампоном, 3-им тампоном досуха вытереть) вульву и наружное отверстие уретры, после чего стерильным пинцетом катетер проводят по уретре в мочевой пузырь.
4. Техника введения катетера в мочевой пузырь у мужчин: головка полового

члена захватывается по венечной борозде с боков средним и безымянным пальцами левой руки и несколько потягивают кпереди так, чтобы расправилась складчатость слизистой оболочки уретры. После обработки наружного отверстия уретры и головки полового члена (как у женщин) катетер, смазанный стерильным либрикантом или глицерином правой рукой проводят по уретре в мочевого пузыря.

5. Противопоказаниями к катетеризации мочевого пузыря являются: уретроррагия, острый уретрит, острый цистит, острый простатит.

### **УХОД ЗА НЕФРОСТОМИЧЕСКИМ ДРЕНАЖОМ**

**Цель:** обеспечение адекватного дренирования полости почки и своевременное выявление нарушения функции дренажа

**Показания:** наличие дренажа и нарушение функции дренажа

**Оснащение:** резиновые перчатки

#### **Проводимые шаги**

1. Нефростомический (почечный) дренаж, его проксимальный конец находится в лоханке почки. Нефростомический дренаж устанавливается во время открытых операций (пиелолитотомии, нефролитотомии, резекции почки, иссечении или рассечении кист, декапсуляции почки и др.) и при перкутанных операциях (ПК нефростомии, ПК нефролитотрипсии, ПК уретеролитотрипсии или экстракции).
2. Нефростомический дренаж выводится через поясничную послеоперационную рану. В качестве дренажа используют силиконовую трубку, катетер Малекко, катетер Фолея, моделированный дренаж pig-tail.
3. Уход за нефростомическим дренажом:
  - наружный осмотр дренажа: нет ли перегиба, сдавления, перфорации, изменений естественного цвета и запаха аммиака от него;
  - следить за функцией дренажа, если дренаж функционирует, моча каплями стекает в мочеприемник;
  - следить за выделениями из дренажа: моча прозрачная или мутная с хлопьями, гной, кровь, соли или другие примеси;
  - для адекватного дренирования почки, дистальная часть дренажа и мочеприемник при горизонтальном положении больного, должны находиться на 25-30 см ниже уровня кровати; при вертикальном положении больного на уровне верхней трети бедра;
  - когда больной находится в постели, мочеприемник должен быть подвешен к кровати. В случае нахождения мочеприемника на полу бактериальный фильтр промокает мочой и попадание мочи в мочеприемник затрудняется;

- для предупреждения инфицирования необходимо применять закрытую дренажную систему, дренаж не должен открываться от мочеприемника;
- в случае нарушения функции дренажа необходимо его заменить. Промывание дренажа опасно из-за смыва адгезированных к внутренней поверхности дренажа ассоциаций микроорганизмов и дальнейшего инфицирования мочевых путей.

#### 4. Показания к замене нефростомического дренажа:

- инфицирование дренажа;
- длительное (больше 1-2,5 мес.) нахождение дренажа;
- наличие дефекта (перфорации) дренажа;
- выпадение дренажа;
- закрытие просвета дренажа солями мочи, камнем, хлопьями, густым гноем, сгустками крови.

### **УХОД ЗА ЦИСТОСТОМИЧЕСКИМ ДРЕНАЖОМ**

**Цель:** обеспечение адекватного дренирования полости мочевого пузыря и своевременное выявление нарушения функции дренажа

**Показания:** наличие дренажа и нарушение функции дренажа

**Оснащение:** резиновые перчатки, стерильный раствор фурациллина или 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина, стерильная система для инфузии

**Проводимые шаги**

1. Цистостомический (мочепузырный) дренаж, его проксимальный конец находится в полости мочевого пузыря. Мочепузырный дренаж устанавливается во время открытых операций (эпицистостомии, эпицистолитостомии, аденомэктомии, удаления опухоли мочевого пузыря и др.), при перкутанной и троакарной цистостомии. Мочепузырный дренаж выводится через операционную рану по средней линии живота между пупком и лонным сочленением.
2. В качестве мочегузырного дренажа используют катетер Пеццера, катетер Малекко, катетер Фолея, силиконовую трубку, моделированный дренаж pig-tail, троакарный катетер.
3. Уход за мочепузырным дренажом:
  - наружный осмотр дренажа: нет ли перегиба, сдавления, повреждений, изменений естественного цвета дренажа и запаха аммиака от него;
  - следить за функцией дренажа: если дренаж функционирует, моча каплями свободно стекает в мочеприемник;
  - следить за выделениями из дренажа: моча прозрачная или мутная с хлопьями, гной, кровь, соли или другие примеси;

- для адекватного дренирования мочевого пузыря, дистальная часть дренажа и мочеприемник, при горизонтальном положении больного, должны находиться на 25-30 см ниже уровня кровати; при вертикальном положении больного - на уровне средней трети бедра;
- мочепузырный дренаж должен быть соединен через ступенчатый конус с мочеприемником;
- когда больной находится в постели, мочеприемник должен быть подвешен к кровати. В случае нахождения мочеприемника на полу бактериальный фильтр промокает мочой и попадание мочи в мочеприемник затрудняется;
- для предупреждения инфицирования применять закрытую дренажную систему, дренаж не должен открываться от мочеприемника;
- в случае нарушения функции дренажа, она восстанавливается путем промывания его стерильным раствором фурациллина или 0,05%-ным водным раствором хлоргексидина.

Промывание дренажа производится при помощи егерильной системы для инфузии путем капельного введения раствора фурациллина или хлоргексидина. Промывание дренажа должен выполнять обученный работник или ухаживающий, имеющий соответствующие навыки.

#### 4. Показания к замене цистостомического дренажа:

- инфицирование дренажа;
- длительное (больше 1-2,5 мес.) нахождение дренажа;
- наличие дефекта (перфорации) дренажа;
- выпадение дренажа;
- закрытие просвета дренажа солями мочи, камнем, хлопьями, густым гноем, сгустками крови.

### **УХОД ЗА УРЕТРАЛЬНЫМ КАТЕТЕРОМ**

**Цель:** обеспечение адекватного дренирования полости мочевого пузыря и своевременное выявление нарушения функции дренажа

**I (оказания):** наличие дренажа и нарушение функции дренажа

**Оснащение:** резиновые перчатки, стерильный раствор фурациллина или 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина, стерильная система для инфузии

**Проверенные шаги**

1. Уретральный катетер или дренаж проводится через мочеиспускательный канал, его проксимальный конец находится в мочевом пузыре. Постоянный уретральный катетер устанавливается при задержке мочи, при операциях на мочевом пузыре, мочеиспускательном канале и предстательной железе.

2. В качестве уретрального катетера или дренажа используют катетер Фолея, катетер Нелатона, силиконовую трубку.

3. Уход за уретральным дренажом:

- наружный осмотр дренажа: нет ли перегиба, сдавления, повреждений, изменений естественного цвета и запаха аммиака;
- следить за функцией дренажа: если дренаж функционирует, моча каплями свободно стекает в мочеприемник;
- следить за выделениями из дренажа: моча прозрачная или мутная с хлопьями, гной, кровь, соли или другие примеси;
- для адекватного дренирования мочевого пузыря, при горизонтальном положении больного, дистальная часть катетера должна находиться на уровне постели, а мочеприемник - на 25-30 см ниже уровня кровати, при вертикальном положении больного на уровне нижней трети бедра или колена;
- следить за выделениями из наружного отверстия уретры (мимо катетера). Если обнаруживаются гнойные выделения мимо катетера это признак воспаления уретры (уретрит);
- уретральный катетер должен быть соединен с мочеприемником через ступенчатый конус;
- когда больной находится в постели, мочеприемник должен быть подвешен к кровати. В случае нахождения мочеприемника на полу бактериальный фильтр промокает мочой и попадание мочи в мочеприемник затрудняется;
- для предупреждения инфицирования мочевых путей **необходимо** применять закрытую дренажную систему, катетер не должен открываться от мочеприемника.

В случае нарушения функции катетера, она восстанавливается путем его промывания стерильным раствором фурациллина или 0,05%-ным водным раствором хлоргексидина. Промывание катетера производится при помощи стерильной системы для инфузии путем капельного введения раствора фурациллина или хлоргексидина. Промывание катетера должен выполнять обученный медицинский работник или ухаживающий, имеющий соответствующие навыки.

4. Показания к замене постоянного уретрального катетера:

- наличие дефекта (перфорации) дренажа;
- выпадение дренажа;
- закупорка дренажа солями мочи, камнем, хлопьями, густым гноем, сгустками крови;
- показания к удалению уретрального катетера - уретрит.

## **БЛОКАДА СЕМЕННОГО КАНАТИКА**

Цель: дифференциальная диагностика острого аппендицита с почечной патологией

Показания: почечная колика, травма и заболевания половых органов мужчин

Оснащение: резиновые перчатки, стерильная салфетка, шприц 5,0,0,5% - ный новокаин

### **Проводимые шаги**

1. Уложить пациента на спину.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Обработать 2 раза кожу в области мошонки стерильной салфеткой со спиртом на пинцете.
4. Набрать в шприц 30-40 мл 0,5%-ный раствор новокаина.
5. Ввести новокаин в толщу семенного канатика.
6. Вывести иглу и обработать место введения иглы спиртом.
7. Снять резиновые перчатки. Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ**

I

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ**

Цель: оказание медицинской помощи, направленное на купирование отека легких

Показания: отек легких, сопровождающийся нарушением газообмена между альвеолой и кровью, приводящий к гибели больного

Оснащение: медикаменты, кислородные категеры, кислородный балон

### **Проводимые шаги**

1. Ингаляция кислорода через носовые канюли или маску в концентрации  $PO_2$  в артериальной крови  $>60$  мм рт.ст. или с помощью аппарата (100%  $O_2$ ).
2. Сидячее положение способствует депонированию крови в периферических венах.
3. Гипотензивные препараты: в/в бензогексоний; в/в капельно на физ. растворе арфонад; нанипрус.
4. Седативные препараты нейролептик дроперидол в дозе 5-10 мг.
5. Медикаментозная терапия должна устранить боль, с этой целью вводят наркотические анальгетики: в/в 20 мг промедола или морфин в/в по 2 мг.
6. Снизить давление в системе легочной артерии: в/в эуфиллин, диафиллин.

I



7. Уменьшить объем циркулирующей крови, венозный приток к правому предсердию: фуросемид в дозе 210 мг или урегит в дозе 50 мг в/в.
8. Уменьшить проницаемость альвеолярно-капиллярной мембраны: в/в 1-2 мл димедрола; 1 -2 мл 2,5%-ного раствора пиполфена.
9. Усилить сократительную способность миокарда. С этой целью используют сердечные гликозиды: 0,5 мл 0,05%-ного раствора строфантина в/в.
10. Допустимо кровопускание из периферических вен до 300 мл.

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Цель:** оказание первой неотложной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе, обеспечение проходимости дыхательных путей, проведение искусственной вентиляции методами «изо рта в рот», «изо рта в нос»

**Показания:** острая дыхательная недостаточность, остановка дыхания, обструкция верхних дыхательных путей, занедение языка

**Оснащение:** тренажер «Витим», «Оживленная Анна», воздуховоды, интубатор, ларингоскоп, интубационная трубка, маска Амбу

#### **Проводимые шаги**

1. Главнейший лечебный прием - запрокидывание головы, что позволяет освободить дыхательные пути при западении языка, и смещение кзади нижней челюсти.
2. Поворот головы на бок, что предотвращает аспирацию мокрот. Обязательно - осмотр ротовой полости и санация.
3. Фиксация языка; если самостоятельное дыхание восстанавливается, вводят воздуховод (это предотвратит также прикусывание языка), в противном случае - попытка наладить ИВЛ при помощи мешка АМБУ с последующей интубацией.
4. Внутривенно вводят противосудорожные средства: реланиум 10 мг, оксибутират натрия 2А г.
5. Мониторинг и коррекция гемодинамических показателей.
6. Длительно не купирующийся эпилептический статус - показание к ПИВЛ с введением миорелаксантов: ардуан 4 мг внутривенно.

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ**

**Цель:** оказание первой неотложной медицинской помощи при различных видах отравлений

**Показания:** отравление угарным газом, суррогатами алкоголя, медикаментозное отравление, пищевые токсикоинфекции

**Оснащение:** тренажер «Витим», «Оживленная Анна», воздуховоды, интубатор, ларингоскоп, набор интубационных трубок, мешок Амбу, набор масок, желудочный зонд, шприц Жане, лотки, клизменные принадлежности, антидоты, средства для проведения оксигенотерапии, аппарат Полиаркон 2

#### **Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному.
2. Обеспечение проходимости дыхательных путей - интубация трахеи с последующей ИВЛ.
3. Через рот в желудок вводят зонд диаметром 9-12 мм. Через него - 200 мл теплого солевого раствора с последующим удалением содержимого желудка. Промывание повторяют до тех пор, пока промывные воды не станут чистыми.
4. Через зонд вводят активизированный уголь (51 г смешивают с водой или сорбитол ом), а также слабительные (сульфат магния или мафия 25-30г).
5. Внутривенно вводят инфузию коллоидно-кристаллоидными жидкостями до корригирования гемодинамики. При неэффективности - вводят вазопрессорные амины.
6. Форсированный щелочной диурез: бикарбонат натрия 2500 мл (способствует выведению лекарственных веществ, так как фенобарбитал - слабая кислота).
7. Гемосорбция.

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ УТОПЛЕНИИ**

**Цель:** оказание первой неотложной медицинской помощи при утоплении, удушье различного генеза

**Показания:** больные подверженные утоплению в морской и пресной воде, состояние после повешения

**Оснащение:** тренажер «Витим», «Оживленная Анна», воздуховоды, интубатор, дефибриллятор, ларингоскоп, набор интубационных трубок, мешок Амбу, набор масок

#### **Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному.
2. В первую очередь восстанавливают и поддерживают проходимость дыхательных путей - вентиляция легких 100% O<sub>2</sub>, при необходимости - интубация трахеи и ИВЛ.
3. Следует фиксировать шейный отдел позвоночника, так как нельзя исключить его травматического повреждения.
4. При гипоксической остановке сердца - непрямой массаж сердца.

5. При асфиксии - прием Геймлиха (больному, лежащему на спине, широко разводят бедра и производят 6-10 толчков лодонью в эпигастральную область).
6. Метаболический ацидоз корригируют в/в введением 4%-ного раствора бикорбоната натрия.
7. Коррекция волевических расстройств - коллоиды, кристаллоиды (до нормализации АД).
8. Защита мозга: краниocereбральная гипотермия; в/в липокаин капельно 5-8 мг/кг массы больного; ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

Цель: проведение эпидуральной анестезии, определение места катетеризации и техника манипуляции

Показания: обезболивание родов в акушерской практике, послеоперационное обезболивание, обезболивание при операциях

Оснащение: маникен, пункционная игла Тиюхи с мандреном, шприц, эпидуральный катетер, перевязочный материал

Проводимые шаги

1. Общий подход к больному.
2. Положение больного - в зависимости от тяжести общего состояния. Пункция эпидурального канала может быть выполнена в положении «лежа» или «сидя» с хорошо согнутым позвоночником.
3. Руки врача и место предполагаемой пункции обрабатываются по общехирургическим правилам.
4. Выбор уровня анестезии и необходимого инструментария для эпидуральной анестезии.
5. Осуществляется местная анестезия - инфильтрационная анестезия (новокаин 0,25%-ный, 5,0). У лиц с неустойчивой психикой и детей можно проводить под общим обезболиванием (в/м калипсол 2-4 мг/кг).
6. Иглу для эпидуральной анестезии осторожно и плавно проводят через кожу, подкожную клетчатку, надосистую, межосистую и желтую связку, пройдя последнюю, попадают в эпидуральное пространство.
7. Удаляют мандрен из иглы (убеждаются в отсутствии ликвора и подсоединяют шприц с воздушным шариком, беспрепятственное плавное движение которого указывает на точное нахождение иглы в эпидуральном пространстве).
8. Стараясь чтобы игла была неподвижной, вводят расчетную дозу анестетика (лидокаин 8-10 мг/кг массы больного).

9. Инъекцию анестетика производят медленно, после чего иглу осторожно удаляют и закрепляют место пункции стерильной салфеткой.
10. Для профилактики возможной артериальной гипотензии необходимо в/в введение 800 мл 0,9%-ного натрия хлорида.

### **ТЕХНИКА НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА**

**Цель:** оказание неотложной медицинской помощи при остановке кровообращения

**Показания:** неотложное состояние, остановка кровообращения

**Оснащение:** тренажеры: «Оживленная Анна», «Витим», дефибриллятор

**Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному.
2. Правильно уложил больного (больной должен находиться на твердой поверхности).
3. Надавливание на грудную клетку выполняют двумя руками, причем выступ одной ладони должен упираться на тыльную поверхность кисти другой руки. Руки накладывают на грудную клетку на 2,5 см выше мечевидного отростка фудины. Надавливание производят строго по направлению к позвоночнику на глубину 3-5 см.
4. Плечи выполняющего массаж должны находиться прямо над сомкнутыми руками, руки в локтях выпрямлены. Массаж должен быть толчкообразным и ритмичным.
5. Во время расслабления следует полностью прекратить давление на фудину, но выступ лодони должен находиться в контакте с нею.
6. Для оценки эффекта периодически пальпируют пульс на сонных артериях.
7. Если реанимацию проводит один человек, то после 15 надавливаний на фудную клетку производят двукратную вентиляцию легких. Когда реанимирующих 2, соотношение непрямого массажа и искусственного дыхания должно быть 5:1.
8. Рекомендуемая частота массажа - 100 надавливаний в минуту, что позволяет реаниматору обеспечить необходимое соотношение между временем сжатия и расправления, для получения максимально возможного сердечного выброса.
9. Для детей от 1 до 8 лет рекомендуемая глубина компрессии составляет приблизительно 2,4-4 см, у детей до 1 года - 1,3-2,3 см
10. Реанимацию приостанавливают на 5 сек. к концу 1 -ой минуты, затем каж-

дые 2-3 мин., чтобы определить, произошло ли восстановление спонтанного дыхания и кровообращения.

### **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ**

**Цель:** дифференцирование клинической и биологической смерти, алгоритма действий при сердечно-легочной реанимации

**Показания:** остановка кровообращения различного генеза (асистолия, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса, электромеханическая диссоциация)

**Оснащение:** тренажеры: «Витим», «Оживленная Анна», воздуховоды, интубатор, ларингоскоп, набор интубационных трубок, мешок Амбу, набор масок, для проведения оксигенотерапии, аппарат «Полинаркон 2», дефибриллятор, кардиомонитор

**Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному.
2. Правильное положение больного.
3. Соблюдения условия дефибрилляции: никто из участников реанимации не должен прикасаться к кровати и больному.
4. Точное соблюдение техники дефибрилляции: один электрод дефибриллятора устанавливается в области верхнего правого края грудины под ключицей, другой - латеральнее левого соска и ю срединно-подмышечной линии.
5. Обработка поверхности грудной клетки электропроводным гелем или марлей, смоченной солевым раствором.
6. После готовности дефибриллятора электроды плотно прижимаются к грудной клетке.
7. Производится необходимый разряд (до 360 Дж), мониторинг.

### **МЕТОДИКА ЭКСТУБАЦИИ**

**Цель:** определение адекватности сознания и мышечного тонуса после операции, показания к экстубации

**Показания:** полное восстановление сознания и мышечного тонуса, адекватное самостоятельное дыхание

**Оснащение:** интубатор, инструменты для санации полости рта

**Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному.
2. Определить показания к экстубации - восстановленное полное сознание, хороший мышечный тонус и рефлексы, стабильность гемодинамических

и респираторных показателей (техника определения, трактовка результатов исследования).

3. Приподнять изголовье кровати на 23 градусов и рассказать больному о процедуре.
4. Подготовить подачу высокого потока хорошо увлажненного O<sub>2</sub>.
5. Заранее позаботиться о наличии необходимого оборудования на случай повторной интубации.
6. Тщательно аспирировать мокроту из дыхательных путей и ротоглотки на манжеткой.
7. Удалить полностью из манжетки воздух, извлечь эндотрахеальную трубку, провести ингаляцию хорошо увлажненным O<sub>2</sub>.
8. Попросить больного энергично откашляться, если необходимо, отсосать содержимое верхних дыхательных путей и трахеи.
9. Проверить основные показатели: АД, частоту и глубину дыхания, пульс.
10. При нарастающей гипоксемии, гиперкапнии, ацидозе, неподдающихся лечению-повторная интубация трахеи.

### ЭЛЕКТРОТРАВМА

**Цель:** оказание первой неотложной медицинской помощи с соблюдением техники безопасности

**Показания:** больные, подверженные ударам электрического тока, молнии, получившие солнечный удар

**Оснащение:** тренажеры: «Витим», «Оживленная Анна», воздуховоды, интубатор, дефибриллятор

#### **Проводимые шаги**

1. Устраняют действие электрического тока, соблюдая при этом правила безопасности - выключают рубильник, выключатель, отбрасывают электрические провода с помощью сухой палки.
2. Тщательно осматривают больного.
3. При отсутствии дыхания и сердечной деятельности немедленно проводят ИВЛ и массаж сердца до их возобновления или до проявления признаков биологической смерти.
4. При работающем сердце, но отсутствии дыхания проводят ИВЛ методами «изо рта в рот» или «изо рта в нос» с использованием дыхательной трубки (воздуховода).
5. Вводят обезболивающие средства.
6. Вводят по показаниям (наряду с проведением реанимационных мероприятий) сердечно-сосудистые средства (2-4 мл кордиамина, 1 мл 10%-ного I

раствора кофеина, 1 мл 5%-ного раствора эфедрина) и спазмолитики, при судорогах - успокаивающие (аминазин, седуксен).

7. После восстановления сознания дают горячее питье, успокаивающие (настойка валерианы, микстура Бехтерева и др.), тепло укрывают.
8. На электроодежды накладывают асептические повязки.
9. Всех пострадавших с электротравмой доставляют в ЛПУ в положении лежа в сопровождении медицинского работника.

### **ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ**

**Цель:** восстановление проходимости верхних дыхательных путей и обеспечение адекватной вентиляции

**Показания:** отсутствие самостоятельного дыхания, патологические ритмы дыхания, тахипное свыше 40 в минуту при нормальной температуре тела, брадипное менее 10 в минуту, длительная ИВЛ, эффективная санация трахеобронхиального дерева

**Оснащение:** ларингоскоп, набор интубационных трубок с проводником, вакуум-отсос и трубки для санации трахеи, мешок Амбу, распорки для фиксации трубки

#### **Проводимые шаги**

1. Больной находится в горизонтальном положении на спине, голова максимально запрокинута назад, подбородок приподнят кверху.
2. Проводят предварительную гипервентиляцию пациента мешком АМБУ.
3. Чтобы исключить возможность регургии и аспирации в момент интубации трахеи в экстренных ситуациях, рекомендуется применять прием Селлика (помощник прижимает гортань к позвоночнику, для сдавления фарингеального отдела пищевода).
4. Открывают рот больного приемом с помощью скрещенных пальцев.
- 5.левой рукой клинок ларингоскопа вводят в рот, отодвигая вверх и чуть вперед, чтобы увидеть первый ориентир - язычок мягкого неба.
6. Продвигая клинок ларингоскопа глубже, находят второй ориентир - надгортанник.
7. Отодвинув надгортанник кверху, обнажают голосовую щель.
8. В голосовую щель от угла рта правой рукой вводится интубационная трубка, предварительно подобранная и проверенная. Глубина введения трубки контролируется по манжетке или меткам (проксимальный край манжетки должен углубиться приблизительно на 1 см за голосовую щель).
9. Производится проверка правильности положения интубационной трубки: аускультация в 5 точках (над обеими верхушками легких, над нижними отделами легких и над желудком).

10. Затем раздувают манжету и фиксируют интубационную трубку.

11. Присоединяют мешок АМБУ для проведения ИВЛ.

## **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

### **ВПРАВЛЕНИЕ ПАРАФИМОЗОВ**

Цель: оказание первой медицинской помощи

Показания: ущемление крайней плотью головки полового члена

Оснащение: стерильные перчатки, салфетки, стерильное вазелиновое масло, раствор перманганата калия, глубокий лоток

Проводимые шаги

1. Общий подход к пациенту. Убедился в том, что его правильно уложили на стол.
2. Крепко фиксируют пациента на столе.
3. Крайнюю плоть и головку обильно поливают вазелиновым маслом.
4. Первые пальцы обеих рук производящего вправление упирают в головку.
5. Положить марлевые салфетки на половой член.
6. 2-3 пальцами обеих рук по бокам охватывают ущемляющее кольцо.
7. Осторожно надавливают на головку и надвигают на головку крайнюю плоть - ущемляющее кольцо.
8. Не следует прибегать к резким толчкообразным движениям, легкое надавливание на головку уменьшает отек головки и она легко проходит ущемляющее кольцо крайней плоти.
9. После вправления назначают теплые ванны с калий перманганатом 1-2 раза в день до ликвидации отека и воспалительных явлений.
10. В запущенных случаях, когда парафимоз невозможно вправить, ребенка направляют в стационар для рассечения ущемляющего кольца.

### **ОБРАБОТКА УКУШЕННЫХ РАН**

Цель: оказание первой медицинской помощи

Показания: рана нанесенная животным или насекомым

Оснащение: стерильные перчатки, 20%-ный мыльный раствор, стерильный материал, йод, спирт. Инструментарий: скальпель, прямые остроконечные ножницы, зажим Бильрота, изогнутый по плоскости (5), зажим типа "москит", изогнутый по плоскости (2), иглодержатель, иглы колющие и режущие изогнутые, пинцеты анатомический и хирургический, резиновый дренаж, шовный материал



### **Проводимые шаги**

1. Общий подход к пациенту. Убедился в том, что его хорошо укладывают и фиксируют на столе.
2. Из-за загрязнения раны слюной животных, в котором может оказаться возбудитель бешенства, проводят тщательный туалет раны.
3. Укушенные раны тщательно моют мыльным раствором.
4. После туалета раны обрабатывают йодом и спиртом.
5. Операционное поле огораживают стерильной салфеткой, пленкой, укрепляют цапками.
6. Местное обезболивание вокруг укушенной раны.
7. Производят ПХО раны с удалением нежизнеспособных тканей.
8. Ушивание раны возможно, если укус произошел не более 12 часов назад.
9. ПХО противопоказано при наличии воспалительных явлений в ране. При отслойке кожи показана пластика по Красовитову.
10. После всего этого больного направляют в Пастеровский пункт к рабиологу для проведения лечебно-профилактических мероприятий против бешенства.

### **ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПРИ УЩЕМЛЕНИИ (у детей)**

**Цель:** оказание первой медицинской помощи

**Показания:** ущемление содержимого брюшной полости во внутреннем паховом кольце

**Оснащение:** шприц одноразовый 5,0, медикаменты - атропин 0,1%-ный, промедол 1%-ный, димедрол 1%-ный, (возможно применение но-шпы), глубокий таз

### **Проводимые шаги**

1. У слабых недоношенных детей при наличии терапевтических противопоказаний считается допустимым в первый момент ущемления проводить консервативное лечение.
2. Ребенку вводят 0,1%-ный раствор атропина и 1%-ный раствор промедола из расчета 0,1%-ный раствор промедола 0,1 мл на год жизни.
3. Назначают теплую ванну на 15-20 мин.
4. Затем укладывают ребенка таким образом, чтобы его таз был приподнят.
5. Не следует пытаться вправить грыжу руками. Так как при этом возможно вправление поврежденных ущемленных органов.

6. После инъекции атропина и промедола и теплой ванны, таз ребенка должен быть приподнятым; ребенок спит и обычно грыжа вправляется.
7. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 2 часов показана экстренная операция.
8. Под общим обезболиванием проводят экстренную операцию.
9. Для грыжесечения вскрывают грыжевой мешок, удаляют грыжевую вод\ удержав кишку раскрывают ущемляющее кольцо и обогревают кишку теплым физиологическим раствором.
10. При некрозе кишки делают резекцию участка на большом протяжении, чем ущемленная часть.

### **РЕТРАКЦИЯ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ ПРИ ФИМОЗЕ**

**Цель:** оказание первой медицинской помощи

**Показания:** гнойное воспаление крайней плоти

**Оснащение:** стерильные перчатки, пуговчатый зонд, зажим типа "москит". Ж изогнутый по плоскости, стерильный материал, стерильное вазелиновое масло, раствор фурациллина

**Проводимые шаги**

1. Ежедневные сидячие ванночки, смазывать вазелиновым маслом края от-1 верстая крайней плоти.
2. Если это успеха не приносит пуговчатым зондом или зажимом осторожно- I но растягивают отверстие крайней плоти.
3. Производят ретракцию крайней плоти (выворачивают за головку).
4. Разъединяют спайки между головкой и крайней плотью.
5. Туалет головки раствором фурациллина, удаление смегмы.
6. Головку густо смазывают вазелиновым маслом.
7. Головку снова покрывают крайней плотью.
8. Несколько дней крайнюю плоть выворачивают за головку. Головку снова I I покрывают крайней плотью.
9. В течение нескольких дней назначают ванны с калием перманганатом.
10. У детей если возобновляется балонит, затрудненное мочеиспускание. I I показано круговое иссечение крайней плоти.

### **ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА**

**Цель:** оказание первой медицинской помощи

**Показания:** гнойное воспаление мягких тканей

**Оснащение:** стерильные перчатки, спирт, стерильный материал, йод, одно-1 разовый шприц 5,0, новокаин 0,25%-ный, скальпель, зажим Бильрота, изогну-Я

гый по плоскости, шприц с резиновой трубкой (для промывания полости), перекись водорода, раствор фурациллина, резиновый выпускник, гипертонический раствор натрия хлорида, магнeзии, димексид

### **Проводимые шаги**

1. Лечение абсцесса в большинстве случаев проводят амбулаторно. При нарушении общего состояния и наличии метастатического гнойника показана госпитализация больного. Правильно уложить больного на стол.
2. Крепко фиксируют больного.  
Область абсцесса после туалета обрабатывают йодом и спиртом.
4. Проводят местную анестезию или общее обезболивание.
5. После контрольной пункции абсцесса разрез следует делать по ходу кожных складок.
6. Гнойную полость промывают раствором перекиси водорода и фурациллина.
7. После опорожнения полости от гноя в него вводят трубку или выпускник из тонкой полоски перчаточной резины или марлевой турунды.
8. На рану накладывают повязку с гипертоническим раствором натрия хлорида или антисептика.
9. Дренаж оставляют до прекращения выделения гноя из полости и 2-3 раза в сутки, после туалета с растворами перекиси водорода и фурациллина, накладывают повязку с вышеуказанными антисептическими растворами.
10. После прекращения выделения гноя из полости удаляют дренаж и применяют мазевые повязки до заживления (эмульсии антибиотиков, левамеколь, мазь Вишневского). Возможные осложнения во время вскрытия: кровотечение из сосудов, которые ликвидируются во время хода операции.

## **ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА У ДЕТЕЙ**

Цель: оказание первой медицинской помощи

**I Показания:** гнойное воспаление волосяного мешочка

**I Оснащение:** стерильные перчатки, спирт, йод, стерильный материал, одноразовый шприц 5,0, новокаин 0,25%-ный, маленькая ложка Фолькмана, каль-Прель, зажим Бильрота, изогнутый по плоскости, шприц с резиновой трубкой (для промывания полости), перекись водорода, раствор фурациллина, резиновый выпускник, гипертонический раствор натрия хлорида, магнeзии, димексид

**I Проводимые шаги**

1. При инфильтрации, отеке без нагноения - обрабатывают спиртом, йодом.
2. Назначают УФО, УВЧ-терапию.

3. В частях тела, подвергающихся трению (шея, конечности, туловище), полезна сухая наклейка из липкого пластыря.
4. При нагноении удаляют некротизировавшийся стержень после местного обезболивания.
5. Новокаиновая блокада с антибиотиками в 2-3 точках, отступя от очага на 1 см.
6. После удаления стержня целесообразно дополнить линейные или крестообразные разрезы на глубину 1 см.
7. Накладывают повязку с гипертоническим раствором, которую меняют 2 раза в сутки.
8. После очищения раны от гноя переходят на мазевые повязки, полезны ванночки с теплым калием перманганатом.
9. При общих выраженных явлениях, при локализации фурункула на лице - лечение стационарное.
10. При рецидивирующих, длительно протекающих фурункулах, фурункулезе, воздействуют на макроорганизм, пассивные и активные иммунизации. Витамины группы В и С, исключают сахарный диабет.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

**Цель:** оказание первой медицинской помощи

**Показания:** наличие выпавшей слизистой прямой кишки

**Оснащение:** вазелиновое масло, стерильные перчатки, стерильный материал

#### **Проводимые шаги**

1. Лечение выпадение прямой кишки всегда надо начинать амбулаторно с консервативных мероприятий.
2. Важно наладить отправление кишечника, облегчить дефекацию, назначить усиленное питание с малым количеством балластных веществ, при запоре - вазелиновое масло по десертной ложке 3-4 раза, очистительные клизмы.
3. Важно приучить больного не тужиться, рекомендуется испражняться в лежачем положении на боку или на спине. Запрещается сажать ребенка на горшок.
4. При выпадении прямой кишки необходимо быстро ее вправить.
5. Врач обучает мать технике вправления, которое легче и удобнее проводить в коленно-локтевом положении больного.
6. Кишку обильно поливают вазелиновым маслом.
7. Через марлевую салфетку, смоченную вазелином пальцами обеих рук ос-1

торожно захватывают выпавшую кишку и, постепенно, без большого усилия вправляют ее по центральной части. Края выпавшей кишки уходят внутрь сами.

### **ЦИРКУМЦИЗИЯ**

**Цель:** оказание первой медицинской помощи

**Показания:** устье наружного отверстия крайней плоти

**Оснащение:** стерильные перчатки, спирт, иод, одноразовый шприц 5,0; стерильный материал, скальпель, прямые остроконечные ножницы, зажим Бильрота, изогнутый по плоскости (3), зажим типа "москит" (2), иглодержатель, режущие иглы, кетгут №3

#### **Проводимые шаги**

1. Общий подход к пациенту. Убедился в том, что его хорошо уложили на стол и крепко зафиксировали.
2. Операционное поле обрабатывают спиртом, огораживают операционное поле стерильной пленкой, укрепляют цапками.
3. Крайнюю плоть выворачивают за головку, промывают раствором фурациллина, удаляют смегму, освобождают от спаек.
4. Края крайней плоти берут на зажимы, и слегка оттягивают дистально после местного или общего обезболивания.
5. Крайнюю плоть рассекают ножницами по средней линии с дорсальной поверхности на 1 см не доходя до коронарной борозды.
6. Крайнюю плоть обрезают ножницами циркулярно, не пересекая уздечки головки полового члена.
7. Кровоточащие сосуды захватывают зажимом и перевязывают кетгутом.
8. Листки крайней плоти сшивают кетгутом №3.
9. Туалет раны: моют раствором фурациллина. Сушат.
10. На рану крайней плоти накладывают мазовые повязки левамеколом или присыпка ксероформом.

# ОНКОЛОГИЯ

## ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ОПУХОЛЕЙ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (опухоли молочной железы)

**Цель:** определение характера опухоли (злокачественный или доброкачественный)

**Показания:** наличие опухоли в молочной железе

**Оснащение:** перчатки, зажим, шарики, спирт, йод, шприц, пункционная игла, предметное стекло

**Проводимые шаги**

1. Больную следует правильно уложить на перевязочный стол: а) положение больной на спине; б) кисть руки со стороны пораженной молочной железы подложить под затылок пациентки, а локоть отвести в сторону.
2. Врач моет руки и пальпаторно определяет локализацию опухоли.
3. Врач обрабатывает руки спиртом.
4. Врач обрабатывает кожу над опухолью спиртом и йодом.
5. Врач пальцами одной руки фиксирует опухоль на одном месте, а другой рукой взяв шприц с надетой на него иглой производит пункцию опухоли. Иглу следует вводить в опухоль глубоко и при этом нужно несколько раз провернуть шприц вместе с иглой вокруг своей оси. После этого одной рукой придерживая шприц, другой рукой следует несколько раз энергично оттянуть на себя поршень шприца.
6. Одна рука вновь фиксирует опухоль, а другая извлекает шприц вместе с иглой из молочной железы. |
7. Приставить иглу к предметному стеклу и несколько раз энергично надавливая на поршень выплеснуть содержимое шприца на стекло. После этого иглой размазать полученный материал по стеклу. | |
8. Место вкола иглы обработать спиртом и йодом. Сухая асептическая на- | |  
клейка. | I
9. Пишется направление на цитологическое исследование, которое кладет-1 Ц  
ся под полученный препарат. После 5-10-минутной просушки на воздухе I П  
препарат вместе с направлением передают в патоморфологическую лабо-1 I  
раторию для цитологического исследования.

## **ЗАПОЛНЕНИЕ УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

Цель: учет и отчетность онкологических больных

**Показания:** наличие злокачественной опухоли

**Оснащение:** соответствующие бланки

**Проводимые шаги**

1. Первичные сведения об онкологическом больном (ф.090/у).
2. Карта диспансерного учета онкологического больного (ф.30).
3. Заполнение онковыписки (ф.27).
4. Заполнение протокола запущенности (ф.248).
5. Заполнение направления на ВТЭК (ф.88).

### **ПОДГОТОВКА МАЗКОВ И МАЗКОВ-ОТПЕЧАТКОВ**

**I Цель:** Определение характера опухоли (злокачественный или доброкачественный)

**Показания:** наличие опухоли наружной локализации

**I Оснащение:** шпатель, предметное стекло, направление на патоморфологическое исследование

**Возводимые шаги**

1. Общий подход к пациенту, убедиться, что он комфортно сидит.
2. Осмотр опухоли нижней губы.
  - Опишите размеры, состояние опухолей (наличие участков изъязвления, распада, кровотечение).
4. Опишите клинические данные на бланке патоморфологического исследования.
5. При помощи шпателя снимите поверхностное содержимое опухоли.
6. Возьмите предметное стекло и содержимое шпателя тонким слоем нанесите на предметное стекло (мазок из опухоли).
7. Предметное стекло нанесите на поверхность опухоли, слегка надавите и затем поднимите предметное стекло (мазок-отпечаток).
8. Готовые мазки и мазки-отпечатки оставьте на 5-10 мин. высохнуть, а затем отправьте на исследование.

### **ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ ИЛИ ЛИМФОУЗЛА НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Цель: определение характера опухоли (злокачественный или доброкачественный)

**Показания:** наличие опухоли в молочной железе

**Оснащение:** перчатки, зажим, шарики, спирт, йод, шприц, пункционная игла, предметное стекло

**Проводимые шаги**

1. Общий подход к пациенту убедиться, что он правильно лежит или сидит.
2. Пальпация лимфоузла или образования наружной локализации.
3. Обработка поля выполняемой манипуляции.
4. Послойная новокаиновая инфильтрация.
5. Образование лимонной корочки.
6. Толстой пункционной иглой пункция лимфоузла или опухоли, удаление иглы и получение биопсийного материала.
7. Подготовка мазка для морфологического исследования.
8. Гемостаз. Асептическая повязка.

### **ОТКРЫТАЯ БИОПСИЯ ШЕЙНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА**

**Цель:** определение характера опухоли (злокачественный или доброкачественный)

**Показания:** опухоль шейного лимфатического узла

**Оснащение:** скальпель, окончатый зажим, иглодержатель, игла, шовный материал, салфетка

**Проводимые шаги**

1. Обработка операционного поля.
2. Отмечается линия разреза на коже зеленкой.
3. Под местным обезболиванием Sol.novocaini 0,5%-ный, 50 мл, производится лимонная корка с введением новокаина в кожу и подкожную клетчатку, в последующем вокруг и под лимфатическим узлом.
4. С помощью скальпеля производится разрез кожи длиной 2-6 см, в зависимости от размера удаляемого лимфатического узла.
5. Разрез фасции и поверхностной мышцы.
6. Тупым и острым путем послойно отделяются ткани над узлом.
7. Обнажается лимфоузел, берется на держалку и отделяется от окружающих тканей.
8. Удаляют лимфоузел с предварительным наложением зажима Кохера псди лимфоузел.
9. Удаление лимфоузла, перевязка сосудов.
10. Гемостаз. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.



**Примечание.** В случае когда конгломерат лимфоузлов в большом блоке неоперабельный и они интимно спаяны друг с другом после обнажения опухоли производят клиновидный разрез опухоли с наложением узловых швов.

### **ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ХИМИОПРЕПАРАТОВ В ОРГАНИЗМ**

Цель: цитостатическое действие на злокачественную опухоль

Показания: наличие злокачественной опухоли

Оснащение: химиопрепарат, шприц, дозиметр, штатив, система для внутривенного вливания

#### **Проводимые шаги**

1. Группы химиопрепаратов.
2. Премедикация для системной химиотерапии.
3. Гипергидратация перед химиотерапией (1-1,5 литров физраствора и глюкозы вводят).
4. Определяется топография для регионарной химиотерапии бедренно-сосудистого пучка.
5. Обработка бедренного треугольника, пальпация и инфильтративная анестезия над сосудом.
6. Пункция бедренной артерии толстой иглой.
7. Фиксация катетера в бедренной артерии для эндоартериальной регионарной химиотерапии.

### **УХОД ЗА МОЧЕТОЧНИКОВЫМ И МОЧЕПУЗЫРНЫМ ДРЕНАЖАМИ**

Цель: предупреждение инфицирования

Показания: опухоль мочевого пузыря с эпицистостомией

Оснащение: шприц, антисептические растворы

#### **I Проводимые шаги**

1. Общий подход к больному, уложить больного так, чтобы ему было удобно.
2. Определение опухоли почки, простаты, мочевого пузыря и состояния регионарных лимфоузлов.
3. Осмотр мочепузырного и мочеточникового дренажа, осмотр кожи вокруг дренажа (при наличии изменений вокруг кожи в виде нагноения - обработка кожи, при наличие закупорки дренажа кровяным сгустком, камнем и при нефункционировании дренажа - смена его новым дренажем и промывание дренажа).
4. Проведение общего анализа мочи и интерпретация ответа анализа.
5. Проведение инструментального исследования (УЗИ почек, простаты, мо-

чевого пузыря, рентгенография почек и мочевого пузыря, цистоскопия) и интерпретация данных исследования.

6. Промывание дренажа теплым раствором фурациллина или калия перманганата (марганцовка).
7. Смена дренажа новым дренажом при наличии закупорки тромбом или камнем и при нефункционировании дренажа.

## **О Ф Т А Л Ь М О Л О Г И Я**

### **НАРУЖНЫЙ ОСМОТР ГЛАЗА ПРИ БОКОВОМ ОСВЕЩЕНИИ**

**Цель:** исследование кожи и слизистой век, ресниц, слезных точек, конъюнктивы глаза, роговицы, лимба, склеры, передней камеры, радужки, зрачка и его реакции на свет, хрусталика

**Показания:** заболевания переднего отрезка глаза и хрусталика

**Оснащение:** настольная лампа 100W, лупа 13,0 Д

#### **Проводимые шаги**

1. Лампа должна быть установлена сбоку и немного впереди больного, лупа должна находиться между глазом больного и источником света.
2. Принцип метода заключается в концентрации лучей света у рассматриваемого объекта, что дает возможность четко рассматривать передний отрезок глаза.
3. Этим методом исследуется кожа и слизистая век, ресницы, слезные точки, конъюнктура глазного яблока, роговица, лимб, склера, передняя камера радужка, зрачок и его реакция, хрусталик.

### **ОРИЕНТИРОВОЧНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ**

#### **Проводимые шаги**

1. Больного сажают напротив врача на расстоянии 1 м.
2. Закрыв один глаз обследуемого, врач закрывает свой глаз, противоположный закрытому у больного.
3. Обследуемый фиксирует взглядом глаз врача.
4. Врач плавно передвигает пальцем или другой объект с разных сторон от периферии к центру.
5. Обследуемый отмечает момент появления пальца.
6. Сравнивая показания обследуемого со своим, врач устанавливает изменение границ поля зрения.
7. Необходимым условием для проведения исследования является нормальное поле зрения врача.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Цель: определение остроты зрения

Показания: обследование пациентов с офтальмопатологией

Оснащение: аппарат Рота, таблица Сивцева-Головина или форроптр, указка

**Проводимые шаги**

1. Аппарат Рота с таблицей Сивцева-Головина (форроптр) устанавливаются на расстоянии 5 м от обследуемого (10 строчка таблицы должна находиться на уровне глаз обследуемого).
2. Исследование проводят для каждого глаза отдельно, закрыв при этом один глаз заслонкой.
3. Определение остроты зрения начинают с показа опто типов 10 ряда (VIS = 1,0), демонстрируя их в разбивку снизу вверх.
4. У людей с пониженным зрением допустимо начинать исследование с 1-го ряда, показывая сверху вниз.
5. Остроту зрения оценивают по тому ряду, в котором были правильно названы все знаки (1 ряд = 0,1; 2 ряд = 0,2 и т. д.).
6. Если пациент не различает опто типы 1-ой строки, острота зрения проверяется с помощью показа пальцев кисти рук и вычисляется по формуле Снеллена:

I

$$VIS = \frac{5}{d} \cdot D \cdot \Gamma Д^e$$

d - расстояние, с которого пациент различает количество пальцев кисти;  
D - 50 м.

8. При отсутствии предметного зрения исследуется светоощущение путем направления света, светоощущение может быть правильным и неправильным.
9. При отсутствии светоощущения острота зрения равна «0».

## ПАЛЬПАТОРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Цель: определение офтальмотонуса пальпаторно

Показания: патология внутриглазного давления

Оснащение: особого оснащения не требуется

**Проводимые шаги**

1. Попросить обследуемого закрыть глаза и смотреть вниз.
2. Пальпаторно определение внутриглазного давления осуществляется пу-

тем попеременного надавливания на глаз указательными пальцами обеих рук.

3. Если пальпаторно отмечается легкая флюктуация, то ВГД считается нормальным.
4. Если флюктуации нет, то ВГД высокое (от Т+1 до Т+3).
5. Если при пальпации отмечается подвижная флюктуация и пальцы как бы «проваливаются» в глаз, то внутриглазное давление низкое (от Т-1 до Т-3).

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ЦВЕТООЩУЩЕНИЯ**

**Цель:** исследование состояния колбочкового аппарата сетчатки

**Показания:** аномалии цветоощущения

**Оснащение:** таблица Рабкина с полихроматическими рисунками.

**Проводимые шаги**

1. Необходимо перед исследованием объяснить пациенту правила определения цветоощущения на контрольных таблицах.
2. Если у пациента правильное цветоощущение, то он правильно называет скрытые в рисунках фигуры и цифры в течение 3-х секунд.
3. Если пациент затрудняется или неправильно называет оптоотипы, то по и филожению в конце книги Рабкина определяют вид и степень аномалии рефракции.
4. Различают такие виды нарушения цветоощущения как протоаномалия, дейтраномалия, тритоаномалия и их разновидности в зависимости от восприятия цветового фона.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СВЕТООЩУЩЕНИЯ**

**Цель:** определение цветоощущения при отсутствии предметного зрения

**Показания:** отсутствие предметного зрения

**Оснащение:** настольная лампа, офтальмоскоп

**Проводимые шаги**

1. Исследование проводят для каждого глаза отдельно, закрыв при этом один глаз заслонкой или ладонью.
2. Лампу устанавливает слева и сзади от больного.
3. Свет от лампы с помощью вогнутого зеркала направляют на исследуемый глаз с разных сторон (сверху, внизу, слева, справа).
4. Если обследуемый видит свет и правильно определяет его направление, то остроту зрения оценивают равной цветоощущению с правильной проекцией

$$(VIS = - \underset{\infty}{pr.l.certa}).$$

6. Если глаз обследуемого неправильно определяет проекцию света хотя бы с одной стороны, то такую остроту зрения оценивают как светоощущение с неправильной светопроекцией ( $VIS = - pr.l.incerta$ ).
7. Если исследуемый не ощущает даже света, то его острота зрения равна нулю ( $V18=0$ ).

### **ЗАКАПЫВАНИЕ КАПЕЛЬ И ЗАКЛАДЫВАНИЕ МАЗЕЙ В КОНЪЮНКТИВАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ**

Цель: лечение заболеваний глазного яблока и придаточного аппарата

Показания: заболевания глазного яблока и придаточного аппарата

Оснащение: глазные капли, глазные мази, пипетка, стеклянная палочка, вата

Проводимые шаги

1. При закапывании капель пациент должен смотреть вверх, при этом верхнее веко поднимается, а нижнее веко оттягивают пальцем вниз и открывающейся нижней свод конъюнктивы закапывают капли пипеткой.
2. При закладывании глазных мазей пациенту предлагают смотреть вверх и оттягивают пальцем нижнее веко специальной стеклянной палочкой закладывают кусочек мази в нижний конъюнктивальный свод.
3. Необходимое правило: во избежание распространения инфекции пипетка или тубик с мазью не должны соприкасаться с глазом пациента.

### **ПРОМЫВАНИЕ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ**

Цель: оказание первой помощи при химических ожогах глаза и конъюнктивальной полости

Показания: химические ожоги глаза и конъюнктивальной полости

Оснащение: груша резиновая, проточная холодная вода, дезинфекционные растворы и мази, столбнячный анатоксин, противостолбнячная сыворотка

Проводимые шаги

1. Для промывания конъюнктивальной полости и глазного яблока при химических ожогах необходимы: груша резиновая, проточная вода, дезинфицирующие растворы или мази.
2. Обильное промывание проточной водой конъюнктивальной полости грушей в течение 5-30 мин.

3. В глаз закапывают какие-либо дезинфицирующие растворы (0,25%-ный левомицетин, 30%-ный раствор сульфацила натрия).
4. В конъюнктивальную полость закладывают мази (5°/>-ная левомицетиновая, 1%-ная тетрациклиновая).
5. При ожогах II-IV степени ввести столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку.

### **ВЫВОРОТ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ВЕК**

**Цель:** исследование кожи и слизистых век, ресниц, слезных точек, правильность положения век

**Показания:** заболевание век и конъюнктивы

**Оснащение:** стеклянная палочка, настольная лампа, лупа 13,0 Д

#### **Проводимые шаги**

1. Для осмотра нижнего века больного просят посмотреть вверх.
2. Большим пальцем правой или левой руки оттягивают кожу нижнего века вниз.
3. Для осмотра верхнего века больного просят посмотреть вниз.
4. Большим пальцем правой или левой руки оттягивают кожу века кзади.
5. Большим и указательным пальцами правой руки оттягивают веко вниз и кпереди.
6. Большим пальцем левой руки создают кожную складку.
7. Надавливают на хрящ верхнего века и правой рукой заводят кверху верхнее веко.
8. Этим методом можно осмотреть конъюнктиву век, глазного яблока и сводов.

### **ОСТРЫЙ ПРИСТУП ГЛАУКОМЫ**

**Цель:** купирование острого приступа глаукомы

**Показания:** повышенное ВГД

**Оснащение:** настольная лампа, пилокарпин 1%-ный, диакарб 0,25, осмоирепараты, анальгетики, пиявки, емкость с горячей водой

#### **Проводимые шаги**

1. Больной сидит и смотрит на источник света, который находится перед ним (настольная лампа), этим достигается максимальное сужение зрачка. I
2. Назначается 1%-ный раствор пилокарпина в течение первого часа, инстилляции в глаз по 2 капли каждые 15 мин., затем каждые полчаса (3-4И раза) и каждый час (2-3 раза).
3. В дальнейшем частоту закапывания глазных капель снижают до 6 раз *шт* сутки.

4. Одновременно назначают диуретики внутрь (диакарб 0,25 x 3 раза в день).
5. Назначают горячие ножные ванны.
6. При сильных болях в глазу назначают анальгетики (баралгин или анальгин внутримышечно).
7. Полезно поставить 2-3 пиявки на висок.
8. Если в течение 24 часов приступ не купируется показана антиглаукоматозная операция.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ГЛАЗНЫХ ЯБЛОК**

**Цель:** исследование состояния мышечного аппарата глазного яблока

**Показания:** нарушение бинокулярного зрения, косоглазие

**Оснащение:** ручка, офтальмоскоп

**Проводимые шаги**

1. Больной сидит напротив врача.
2. Больного просят смотреть сначала максимально вправо и затем влево.
3. Больного просят смотреть сначала максимально вверх и затем вниз.
4. Больному проверяют максимальное приведение глазного яблока под контролем какого-либо объекта, например, ручка, офтальмоскоп.
5. Отставание какого-либо глаза при этих движениях говорит о дисбалансе мышечного аппарата этого глаза.

## **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

### **НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ**

**Цель:** остановить кровотечение из носа

**Показания:** кровотечение при повреждении слизистой оболочки носа, воспалительных заболеваниях, новообразованиях полости носа, геморрагических диатезах, пороках сердца, гипертонической болезни (кризы)

**Оснащение:** резиновые перчатки; лоток, лед, салфетка, клеенка; биксе перевязочным материалом (турунды), бинт; 3%-ный раствор перекиси водорода, 3%-ный раствор хлорамина; сухая хлористая известь

**Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Усадить пациента, слегка наклонив его голову вперед.
3. Дать пациенту лоток для сбора крови.
4. Успокоить пациента и предупредить, чтобы кровь, поступающую в рот,

он выплевывал в лоток - это дает возможность судить об обильности кровотечения.

5. Завернуть в салфетку кусок льда и наложить на область носа и переносицы.
6. Прижать крылья носа к перегородке на 3-5 мин. двумя пальцами (первым и указательным), если кровотечение не останавливается.
7. Смочить марлевые турунды в 3%-ном растворе перекиси водорода и ввести в передний отдел носовых ходов.
8. Смочить марлевые турунды в 3%-ном растворе перекиси водорода и ввести с помощью пинцета глубоко в передний отдел носа на 24-48 час. при продолжающемся кровотечении.
9. Наложить пращевидную повязку на нос.
10. Засыпать кровь в лотке сухой известью.
11. Снять резиновые перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.
12. Госпитализировать в стационар, транспортировать пациента на носилках в полусидячем положении.

**Примечание.** Для окончательной остановки кровотечения передняя тампонада носа дополняется задней тампонадой.

### **МАЗОК ИЗ ГЛОТКИ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Цель: бактериологическое исследование выделений из глотки

Показания: острые и хронические заболевания глотки, инфекционные заболевания

Оснащение: глоточный зонд со стерильной ватой, стерильная пробирка

Проводимые шаги

1. Больного сажают на стул со слегка запрокинутой головой.
2. Врач надевает лобный рефлектор.
3. Взял шпатель в левую руку.
4. Взял ватный тампон из стерильной пробирки в правую руку.
5. Надавил на передние 2/3 языка.
6. Движением приводят тампон в соприкосновение с глоточной поверхностью миндалины.
7. Тампон быстро извлекают из полости рта, ни к чему не прикасаясь, помещают его в стерильную пробирку.
8. Оформление и направление в бактериологическую лабораторию (назва-

ИР

• • МшЩПт\ Ш |



ние учреждения, отделения, откуда взят мазок, Ф И О больного, цель исследования, диагноз, подпись, число).

### **МАЗОК ИЗ НОСА**

Цель: бактериологическое обследование выделений из носа

Показания: острые и хронические заболевания носа и придаточных пазух носа, инфекционные заболевания

Оснащение: носовой зонд с стерильной ватой, стерильная пробирка

Проводимые шаги

1. Больного сажают на стул.
2. Врач надевает лобный рефлектор.
3. Левой рукой поднимает кончик носа.
4. Правой рукой держат ватный тампон.
5. Стерильный тампон вводят в преддверие носа, не прикасаясь к стенкам полости носа.
6. Прикосновение тампона к слизистой оболочке осуществляют в области переднего конца нижней носовой раковины коротким движением.
7. Вывести тампон из полости носа без соприкосновения с другими отделами носа.
8. Помещают тампон в стерильную пробирку.
9. Оформление и направление в бактериологическую лабораторию (название учреждения, отделения, откуда взят мазок, Ф И О больного, цель исследования, диагноз, подпись, число).

### **ОТЕК ГОРТАНИ, ЛОЖНЫЙ КРУП**

Цель: оказание экстренной помощи при стенозах гортани

Показания: стенозы гортани, отек гортани, ложный круп

Оснащение: кислородная подушка, гортанное зеркало, эмульсия гидрокортизона, преднизолон, лазикс, димедрол и т.д.

Проводимые шаги

1. Освобождение больного от стесняющей одежды.
2. Проветривание помещения.
3. Подать увлажненный кислород.
4. Фарингоскопия, прямая и непрямая ларингоскопия для определения причины затрудненного дыхания.
5. Подбор инъекции лекарственных препаратов для снижения отека гортани (гормональные препараты - преднизолон, кортизон, мочегонные пре-

параты - лазикс, фуросемид, гипотиазид, десенсибилизирующие препараты - 1%-ный димедрол, 2,5%-ный супрастин, пипольфен, диазолин, антибиотики, дезинтоксикационная терапия).

6. Отвлекающая терапия - ножные ванны, горчичники на область икроножных мышц.
7. Для успокоения больного - аминазин, дипразин, седуксен (III ст.).
8. Для профилактики отека мозга и легких - оксibuтират натрия (ГОМК), маннитол, дроперидол.
9. Наблюдать за динамикой развития стеноза, если состояние больного ухудшается, то проводят микротрахеостому или трахеостому.

## ЛАРИНГОСКОПИЯ

**Цель:** осмотр гортани

**Показания:** острое и хроническое заболевание гортани, новообразование, инородное тело в гортани, гортаноглотке, профилактический осмотр

**Оснащение:** гортанное зеркало, стерильная салфетка, спиртовка, лобный рефлектор

**Проводимые шаги**

1. Гортанное зеркало держат в правой руке за ручку в положении писчего пера.
2. Нагревают зеркальную поверхность гортанного зеркала над пламенем спиртовки или горячей водой (температура - 45-50 гр.).
3. Проверяют степень нагрева о тыльную поверхность своей кисти.
4. Первым (сверху) и третьим (снизу) пальцами левой руки захватывают обернутый марлевой салфеткой кончик языка, оттягивая его книзу, а указательным пальцем приподнимает верхнюю губу исследуемого.
5. Гортанное зеркало проводят через полость рта устанавливая тыльную поверхность зеркала к основанию языка под углом около 30° (не касаясь корня языка и задней стенки глотки).
6. На зеркальную поверхность наводят луч рефлектора.
7. Изменяя угол зеркала, рассматривают отражающиеся в нем корень языка, язычную миндалину, боковые стенки гортаноглотки, грушевидные синусы, под углом 45° осматривают отраженное изображение гортани.
8. Сначала извлекают гортанное зеркало из полости рта, затем отпускают язык.

## МИКРОТРАХЕОСТОМА

**Цель:** обеспечить прохождение воздуха через трахею

I

**Показания:** острые и хронические стенозы гортани

**Оснащение:** подключичный катетер диаметром 0,6-1,0 мм, ангиокет, спирт 96%-ный - 5мл, новокаин 0,5%-ный - 10 мл, хлоргексидин

**Проводимые шаги**

1. Выбор удобного положения для больного: лежа с запрокинутой головой или сидя при вынужденных положениях.
2. Подбор инструментов и лекарств: подключичной катетер диаметром 0,6-мм., ангиокет, вата, спирт 96%-ный, новокаин 0,5%-ный, шприц 5-10 мл.
3. Обработка рук: промывание мыльным раствором, спиртом, хлоргексидином.
4. Обработка кожи шеи больного шариком, смоченным 96%-ным спиртом.
5. Определение положения гортани, перстневидного хряща. Отступя от первых колец трахеи, между I и II кольцом производят прокол пункционной иглой.
6. Через иглу вводят проводник, иглу снимают.
7. По проводнику вводят подключичный катетер.
8. Подключичный катетер фиксируют лейкопластырем.

### **ПЕРДНЯЯ РИНОСКОПИЯ**

**Цель:** осмотр полости носа, носовых ходов

**Показания:** острые и хронические заболевания носа и придаточных пазух, полипы, новообразования

**Оснащение:** носовое зеркало, лобный рефлектор

**Проводимые шаги**

1. Больного сажают на стул с запрокинутой головой, врач надевает лобный рефлектор на голову.
- 2.левой рукой фиксирует голову больного в теменной области, а большим пальцем правой руки приподнимает кончик носа кверху, при этом остальные четыре пальца правой руки опираются на область лба.
3. Луч рефлектора направляют на область преддверия носа. Определяют состояние кожи и волос преддверия носа, наличие трещин, состояние подвижной части перегородки носа.
4. Поворачивая голову больного вправо и влево, осматривают кровотокающую зону перегородки носа, состояние и цвет слизистой оболочки носа.
5. Носовое зеркало держат в левой руке, помещая его в руку так, чтобы большой палец был установлен на головке винта, при этом носовые бранши свешиваются с руки.
6. Кистью правой руки врач фиксирует голову больного за теменную об-

ласть.

7. Наводит луч рефлектора.
8. Вводит сомкнутые бранши носового зеркала в преддверие носа приблизительно на глубину - 1 см.
9. Проводят осмотр носовой полости в трех позициях: I - голова слегка опущена вниз, II - голова несколько запрокинута назад, III - голова слегка повернута в сторону осматриваемой половины носа.
10. После осмотра носовое зеркало выводит не полностью, смыкая бранши. Проводит интерпретацию результатов передней риноскопии.

### **ЗАДНЯЯ РИНОСКОПИЯ**

**Цель:** осмотр носоглотки

**Показания:** заболевание носа и носоглотки, полипы, аденоидные вегетации, новообразование носоглотки

**Оснащение:** шпатель, носоглоточное зеркало, спиртовка, марлевая салфетка, лобный рефлектор

#### **Проводимые шаги**

1. Больного сажают на стул с запрокинутой головой, врач надевает лобный рефлектор на голову.
2. Шпатель надо держать в левой руке.
3. Шпателем надавливает на передние  $2/3$  языка с опорой на нижние зубы исследуемого.
4. Перед введением в полость рта, зеркало протирает марлевой салфеткой, нагревает слегка над пламенем спиртовки со стороны зеркальной поверхности.
5. Проверяет степень нагрева зеркала путем прикосновения металлической его поверхности к коже тыльной поверхности кисти.
6. Зеркало вводят через зев в ротоглотку так, чтобы зеркальная поверхность была обращена кверху и под углом, не касаясь задней стенки глотки и корня языка.
7. Проводит интерпретацию результатов исследования.

### **ОТОСКОПИЯ**

**(включая пневмотическую)**

**Цель:** осмотр наружного слухового прохода, барабанной перепонки, барабанной полости

**Показания:** острые и хронические заболевания наружного и среднего уха, инородное тело наружного уха, профилактические осмотры

**Оснащение:** отоскоп, ушные воронки, лобный рефлектор

**Проводимые шаги**

1. Врач надевает рефлектор.
2. Усаживает больного: больной садится напротив врача, несколько наклонив туловище в его сторону, а голову наклонив к противоположному плечу.
3. Общий осмотр области уха, пальпация и перкуссия околоушной области.
4. Направляет луч рефлектора на наружный слуховой проход, оттягивает правой рукой ушную раковину кверху и кзади (у грудных детей книзу и кзади) при осмотре левого уха, левой рукой - при осмотре правого уха.
5. Подбор соответствующего размера ушной воронки.
6. Правильное удержание ушной воронки: тремя пальцами одноименной с исследуемым ухом руки удерживают воронку в положении «писчего пера» и вводит ее суженным концом в наружный слуховой проход осторожными вращательными движениями.
7. Описание содержимого наружного слухового прохода, состояния кожи его стенок.
8. Правильность осмотра и описание опознавательных признаков барабанной перепонки (цвет, передние и задние складки, рукоятка, молоточек, световой конус, расслабленная и натянутая части).
9. Интерпретация полученных результатов по рисунку барабанной перепонки.
10. Правильность использования пневматических воронок (отоскопа).

**ФАРИНГОСКОПИЯ**  
**(оро-мезофарингоскопия)**

**Цель:** осмотр глотки

**Показания:** острое и хроническое заболевание глотки, профилактический осмотр

**Оснащение:** шпатель, лобный рефлектор

**Проводимые шаги**

1. Правильная позиция врача и больного: сидя напротив друг друга.
2. Врач надевает лобный рефлектор.
3. Врач правой рукой держит больного за затылок, в левой руке держит шпатель в положении «писчего пера».
4. Проводит осмотр губ, слизистой оболочки преддверия полости рта, переходные складки, состояние устьев протоков слюнных желез и зубов.
5. Проводит осмотр дна полости рта, при этом просит больного широко открыть рот и поднять кончик языка кверху, смещая шпателем язык впра-

во и влево.

6. Проводит осмотр твердого и мягкого неба, для чего несколько запрокидывает голову больного, отмечая цвет слизистой оболочки.

### **ФАРИНГОСКОПИЯ**

**Цель:** осмотр глотки

**Показания:** острое и хроническое заболевание глотки, профилактический осмотр

**Оснащение:** шпатель, лобный рефлектор

#### **Проводимые шаги**

1. Врач располагает шпатель на средней трети языка и нажимает на язык в направлении книзу и кпереди, фиксируя шпатель на нижних коренных зубах, при этом устанавливает мизинец на щеке.
2. При осмотре обращает внимание на состояние слизистой оболочки задней стенки глотки, дужек, небных миндалин.
3. Проверяет содержимое лакун путем использования 2-х шпателей: первый - удерживает на спинке языка, а другим - надавливает на переднюю дужку, несколько вывихивая небную миндалину внутрь.
4. Интерпретация полученных результатов.

### **УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ НОСА**

**Цель:** удаление инородных тел из носа

**Показания:** инородные тела в носу

**Оснащение:** лобный рефлектор, носовое зеркало, специальный крючок из пуговчатого зонда

#### **Проводимые шаги**

1. Врач надевает лобный рефлектор.
2. Для осмотра носа ребенка нужно посадить на колени родителей или медсестры, слегка запрокинув голову назад.
3. Приподняв большим пальцем левой руки кончик носа, осматривает преддверие обеих половин носа, осветив их лобным рефлектором.
4. Проводит переднюю риноскопию, определяет характер и величину инородного тела.
5. Предлагает больному после глубокого вдоха через рот, закрыв рот и другую половину носа, сделать резкий выдох через соответствующую половину носа.
6. Указанные процедуры повторяют через несколько минут после вливания в нос сосудосуживающих капель, при этом на мгновение запрокидывают голову во избежание аспирации инородного тела.

7. При эффективности перечисленных манипуляций инородное тело носа удаляют специальным крючком, в противном случае - изготавливают крючок из пуговчатого зонда.
8. Инструмент для удаления инородного тела держат правой руке.
9. Крючок вводят за инородное тело сверху после чего обратным движением быстро извлекают инородное тело.
10. Проводят беседу о профилактике и осложнениях инородных тел носа.

### **УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ НАРУЖНОГО УХА**

**Цель:** удаление инородного тела из наружного слухового прохода

**Показания:** удаление живых и неживых инородных тел из наружного слухового прохода

**Оснащение:** лобный рефлектор, ушная воронка, шприц Жанне, раствор фурацилина 1:5000, стерильные масляные капли, ушной крючок, почкообразный тазик, полотенце

#### **Проводимые шаги**

1. Врач надевает лобный рефлектор.
2. Усаживает больного. Маленьких детей пленяют и усаживают на колени родителей или медсестры, фиксируя голову.
3. Укладывает полотенце на плечо со стороны промываемого уха, под ушную раковину, медсестра подставляет почкообразный тазик.
4. В шприц Жанне набирает 100-150 мл теплого раствора фурацилина и перманганата калия в концентрации 1:5000.
5. Левой рукой оттягивает ушную раковину для выпрямления наружного слухового прохода (в зависимости от возраста).
6. Промывает ухо толчкообразной с возрастающей силой струей воды, которая направляется по задней-верхней стенке слухового прохода.
7. Живое инородное тело удаляют после гибели: для этого закапывают стерильные масла или спирт.
8. При неэффективности указанных манипуляций инородное тело наружного слухового прохода удаляют тупым крючком.

### **ОБРАБОТКА ЗЕВА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Цель:** обработка слизистой глотки лекарственными препаратами

**Показания:** воспаление слизистой глотки

**Оснащение:** лобный рефлектор, шпатель, зонд с нарезкой, вата, лекарственный препарат

#### Проводимые шаги

1. Больного сажают на стул запрокинутой головой.
2. Для обработки зева лекарственными препаратами используют гортанный зонд или прямой зонд с нарезкой.
3. При накручивании ваты на зонд необходимо конец зонда прикрывать ватой, производят несколько вращательных движений зондом по часовой стрелке.
4. Проводят фарингоскопию, осматривают ротоглотку.
5. Смочив ватку нужным раствором, без особых усилий, плавными движениями смазывают ротоглотку, носоглотку, гортаноглотку.
6. В некоторых случаях, при повышенной чувствительности смазывают корень языка анестетиком.

#### • ПРОМЫВАНИЕ НАРУЖНОГО УХА

Цель: удаление инородных тел и серных пробок, санация наружного слухового прохода

Показания: инородное тело в наружном слуховом проходе, серные пробки, гнойный средний отит

Оснащение: лобный рефлектор, шприц Жанне, раствор фурациллина 1:5000, полотенце, почкообразный тазик

#### Проводимые шаги

1. Больного сажают на стул, голову поворачивают в сторону, противоположную осматриваемому уху, проверяют наличие лекарственных препаратов, инструментов.
2. В шприц Жанне набирают 100-150 мл теплого фурациллина и перманганата калия в концентрации 1:5000 с температурой, близкой к температуре тела.
3. Укладывают полотенце на плечо со стороны промываемого уха, под ухом устанавливают почкообразный тазик, который держат больной прижимая его к коже.
4. Большим и указательным пальцами левой руки оттягивают ушную раковину кверху и кзади для выпрямления наружного слухового прохода, а средней палец этой же руки служит опорой для шприца на случай внезапного движения головой пациентом.
5. Правой рукой врач держит шприц Жанне, рабочий конец которого вводит в наружное слуховое отверстие и направляет на задне-верхнюю стенку.
- 6.1 надавливают на поршень юлчкообразным движением, направляя жидкость по задне-верхней стенке наружного слухового прохода.
7. Очищает наружный слуховой проход, удаляет остатки жидкости.



## ПРОМЫВАНИЕ МИНДАЛИН ГЛОТКИ

**Цель:** удаление гнойных пробок из лакун небных миндалин при хронических тонзиллитах

**Показания:** консервативное лечение хронического тонзиллита

**Оснащение:** лобный рефлектор, шпатель, специальные канюли для введения в лакуны миндалин, шприц 10-20 мл, дезинфицирующие растворы (фурацилин, йодинол, хлорофиллипт и.т.д.), почкообразный тазик, полотенце

**Проводимые шаги**

1. Врач надевает лобный рефлектор.
2. Больного сажают на стул и разъясняет как ему себя вести во время осмотра, выбирает канюлю и шприц для промывания лакун миндалин глотки.
3. Подбирает лекарственные препараты.
4. Подготавливает больного к манипуляции: больной держит в руках под подбородком почкообразный тазик, голова его несколько наклонена вперед и вниз.
5. Разъясняет больному, что во время промывания он должен задерживать дыхание во избежание аспирации промывной жидкостью.
6. Промывает лакуны, не травмируя, под давлением направляет острую асептическую жидкость в каждую отдельную лакуну.
7. Объясняет поэтапность промывания лакун при хроническом тонзиллите.

## УДАЛЕНИЕ СЕРНЫХ ПРОБОК

**Цель:** удаление серных пробок из наружного слухового прохода

**Показания:** серная или эпидермальная пробка

**Оснащение:** лобный рефлектор, ушная воронка, шпигц Жанне, теплый раствор фурациллина в разведении 1:5000, 3%-ный раствор перекиси водорода, масляные капли, марлевые турунды, ушной зонд, почкообразный тазик, полотенце

**Проводимые шаги**

1. Врач надевает лобный рефлектор, усаживает больного на стул и объясняет ему как он должен себя вести.
2. Осмотр наружного слухового прохода для уточнения диагноза.
3. Подбор и назначение препаратов, размягчающих серную пробку (щелочные, масляные капли, 3%-ный раствор перекиси водорода).
4. Объяснение последствий использования капель для размягчения серы (ухудшение слуха из-за набухания серы).
5. Правильный выбор положения больного при закапывании (в положении

- лежа или резким наклоном головы в противоположную сторону).
6. Промывание производят теплой водой (37°C) в объеме 100 мл при помощи шприца Жанне.
  - 7.левой рукой оттягивают ушную раковину кверху кзади: для выпрямления слухового прохода.
  8. Наконечник шприца Жанне усаживают у входа в слуховой проход вдоль задне-верхней стенки и по ней толчками направляют струю воды.
  9. Проводят туалет уха, высушивают ваткой на зонде или турундой, и вставляют турунду с борным спиртом.

## **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Тест Вебера**

Цель: определение латерализации звука

Показания: кондуктивная и нейросенсорная тугоухость

Оснащение: камертон С-128, секундомер

Проводимые шаги

1. Выбор удобного положения для больного и разъяснение его поведения.
2. Выбор камертона.
3. Приведение камертона в колебание.
4. Правильное поднесение камертона к слуховому проходу для исследования воздушной проводимости.
5. Правильное поднесение камертона к субъекту для исследования костной проводимости.
6. Последовательность проведения акуметрии.
7. Измерение секундомером.

### **Тест Ринне**

Цель: сравнение воздушной и костной проводимости

Показания: кондуктивная и нейросенсорная тугоухость

Оснащение: камертон С-128, секундомер

Проводимые шаги

1. Выбор удобного положения для больного и разъяснение его поведения.
2. Выбор камертона.
3. Приведение камертона в движение.

4. Поднесение камертона к слуховому проходу для исследования воздушной проводимости.
5. Поднесение камертона к субъекту для исследования костной проводимости.
6. Последовательность проведения акуметрии.
7. Измерение секундомером.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТЕРИ СЛУХА (тесты - шепотная и разговорная речь)**

**Цель:** определение потери слуха

**Показания:** понижение слуха вследствие воспалительных и невоспалительных заболеваний уха

**Оснащение:** таблица С.К. Агзамова на узбекском языке и Г.И. Гринберга на русском языке, отоскоп

**Проводимые шаги**

1. Провести отоскопию.
2. Больной должен стоять на расстоянии 6 м от врача, повернувшись к нему боком, соответственно исследуемому уху.
3. Проверить остроту слуха на каждом ухе отдельно. Для этого наружное слуховое отверстие другого уха надо плотно обтурировать пальцем или надавливанием на козелок.
4. Проверка правильности произношения шепотной речи: врач после выдоха, пользуясь резервным воздухом, шепотом произносит различные слова или цифры низкой и высокочастотной характеристики.
5. Острота слуха определяется расстоянием (в метрах), с которого исследуемый правильно повторяет слова минимум три раза.
6. Правильность определения нормы восприятия шепотной речи.
7. Разговорная речь произносится с использованием слов или цифр низкой и высокочастотной характеристики.
8. Правильность определения нормы восприятия шепотной речи.

### **ОБРАБОТКА ЗЕВА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Цель:** обработка слизистой глотки лекарственными препаратами

**Показания:** воспаление слизистой глотки

**Оснащение:** лобный рефлектор, шпатель, зонд с нарезкой, вата, лекарственный препарат

**I Проводимые шаги**

1. Правильный подбор лекарственных средств для обработки глотки.
2. Для обработки зева лекарственными препаратами используется гортанный зонд, или прямой зонд с нарезкой.
3. При накручивании ваты на зонд необходимо конец зонда прикрывать ватой, производят несколько вращательных движений зондом по часовой стрелке.
4. Проводится фарингоскопия, осматривается ротоглотка.
5. Смочив ватку нужным раствором без особых усилий, плавными движениями смазывают ротоглотку, носоглотку или гортаноглотку.
6. В некоторых случаях, при повышенной чувствительности смазывают корень языка анестетиком.

### **ТУШИРОВАНИЕ КРОВОТОЧИВОЙ ЗОНЫ «ЖЕМЧУЖИНОЙ» ЛЯПИСА**

**Цель:** остановка носового кровотечения

**Показания:** носовое кровотечение различного генеза

**Оснащение:** носовое зеркало, носовой пуговчатый зонд, кристаллы азотно-кислого серебра

#### **Проводимые шаги**

1. Кистью правой руки врач фиксирует голову больного за теменную область.
2. Вводит сомкнутые бранши носового зеркала в преддверие носа приблизительно на глубину 1 -1,5 см, раскрывает бранши и осматривает носовую полость, определяет место кровотока.
3. Над пламенем спиртовки разогревает кончик пуговчатого зонда, опускает его в кристаллы азотнокислого серебра.
4. Приклеившиеся к зонду несколько кристаллов снова держит над пламенем горелки, добиваясь охлаждения кристаллов и превращения их в конусовидную форму.
5. При помощи охлажденного раствора серебра проводится туширование кровотокающей зоны: кратковременное прижатие зонда к кровотокающему месту.
6. После манипуляции носовое зеркало выводят неполностью, смыкая бранши.

### **ВВЕДЕНИЕ МАРЛЕВОЙ ТУРУНДЫ В СЛУХОВОЙ ПРОХОД**

**Цель:** введение марлевой турунды с лекарственными препаратами для лечения

заболеваний наружного и среднего уха, для остановки кровотечения из уха

Показания: наружный отит, острое и хроническое воспаление среднего уха, кровотечение из уха

Оснащение: лобный рефлектор, стерильные марлевые турунды, ушной пинцет, ушная воронка

Проводимые шаги

1. Врач надевает лобный рефлектор.
2. Удобно усаживает больного напротив себя, туловище больного наклонено к врачу, а голова - к противоположному плечу.
3. Осмотр наружного слухового прохода с помощью отоскопии.
4. Турунду для наружного слухового прохода (специально сложенная марлевая полоска шириной 5-6 мм и длиной до 5 см) смачивают теплым раствором лекарств.
- 5.левой рукой выпрямляют слуховой проход, правой - берут марлевую турунду ушным пинцетом и осторожно вводят ее на всю глубину слухового прохода.

### **УХОД ЗА ТРАХЕОСТОМИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ**

Цель: уход за трахеостомической трубкой

Показания: состояние после трахеостомы кануляроносительство

Оснащение: стерильные дезинфицирующие растворы, марлевые салфетки, синтомициновая эмульсия, 1%-ный раствор бикарбоната натрия

Проводимые шаги

1. Вливание в трахеостомическую трубку 1 %-ного бикарбоната натрия, физиологического раствора для размягчения образовавшихся корок и разжижения мокроты.
2. Очищение внутренней трубки на месте, удерживая ее за «ушки», предварительно повернув фиксатор.
3. Извлечение внутренней трубки, промывание ее теплой водой с помощью щетки, смазывание мазью, вставление обратно в наружную трубку и закрепление поворотом специального рогалика-фиксатора.
4. Если очистка внутренней трубки не облегчает дыхания больного, меняют всю трубку. Это процедура производится быстро и с большой осторожностью.
5. Смена марлевой салфетки, находящейся под щитком трахеостомической трубки (не реже 2 раз в сутки, при образовании слизи - чаще).

6. Обработка кожи вокруг трахеостомической трубки во избежание мацерации и инфильтрации.
7. Фиксация трахеостомической трубки марлевыми повязками вокруг шеи.

### **ТУАЛЕТ УХА**

Цель: санация наружного слухового прохода от серных пробок, выделений из уха

Показания: выделения из уха, серные пробки, инородное тело

Оснащение: лобный рефлектор, ушная воронка, зонд ушной, вата, шприц Жанне, дезинфицирующий раствор

#### **Проводимые шаги**

1. Осмотр наружного слухового прохода отоскопом и подбор режима освещения.
2. Наматывание кусочка ваты на специальный зонд с нарезками, чтобы кончик зонда был прикрыт в виде кисточки.
3. Введение зонда с ваткой в наружный слуховой проход путем оттягивания ушной раковины левой рукой сверху и кзади - у взрослых, книзу и кзади у детей.
4. Промывание наружного слухового прохода при помощи шприца Жанне.
5. Наклон головы после промывания для вытекания остатков жидкости и протираание слухового прохода зондом с накрученной на него ватой.

### **ПРОДУВАНИЕ УШЕЙ**

Цель: восстановление проходимости евстахиевой трубы нагнетанием воздуха

Показания: острый и хронический сальпингоотиты, непроходимость евстахиевой трубы

Оснащение: ушной катетер (N 1 -5), баллон Политцера, 3%-ный раствор дикаина

#### **Проводимые шаги**

1. Продувания ушей по Тойнби: обследуемый закрывает нос, прижимая крылья носа к перегородке и закрытым ртом производит глотательные движения после чего больной ощущает чувство «закладывания ушей».
2. Опыт Вальсальвы: исследуемого просят сделать глубокий вдох, затем произвести усиленную экспирацию (надувание), при этом нос и рот закрыты. Под давлением выдыхаемого воздуха слуховые трубы раскрываются, и воздух с силой входит в барабанную полость.
3. Больной ощущает легкий треск в ушах.
4. Опыта Политцера: наконечник оливы, соединенный резиновой трубкой с большим резиновым баллоном, вставляют в одну из ноздрей (лучше справа) |

ва). Мизинцем и безымянным пальцем удерживают резиновую трубочку. Оливу вводят больному в преддверие носа справа, придерживая ее указательным пальцем, а противоположную половину носа закрывают (прижимают большим пальцем крыло носа к носовой перегородке). Больного просят произнести слова «пароход» или «раз, два, три». В момент произнесения последних слов врач резко и сильно сжимает рукой баллон. О проходимости слуховой трубы судят по данным выслушивания с помощью отоскопа. Если слуховая труба хорошо проходима, то в момент сжатия баллона врач выслушивает нежный дующий шум. Такой шум не прослушивается при нарушении проходимости слуховых труб.

### **НАЛОЖЕНИЕ ПРАЩЕВИДНОЙ ПОВЯЗКИ**

Цель: фиксация тампона носовой полости

Показания: фиксация тампона носа после кровотечения, подслизистой резекции носовой перегородки, Репозиции костей носа после травмы

Оснащение: марлевые тампоны, эмульсия синтомицина или стерильные масляные растворы

Проводимые шаги

1. Берут отрезок бинта длиной 30 и шириной 10 см. С обеих сторон свободные концы продольно разрезают на 2 части, оставляя в центре около 6-8 см бинт нетронутым.
2. В центр кладут кусочек ваты, обертывают его бинтом таким образом, чтобы получилась мягкая ватная «подушечка».
3. Накладывают «подушечку» на нос, закрывая кончик носа и ноздри.
4. Свободные концы завязывают на затылке при этом верхние концы проводят под ушной раковиной, а нижние над раковиной.
5. При наложении согревающего компресса - «подушечку» пропитывают 70%-ным спиртом.

### **ПРИГОТОВЛЕНИЕ ВАТОДЕРЖАТЕЛЕЙ (УШНЫХ, НОСОВЫХ, ГЛОТОЧНЫХ)**

Цель: ватодержатели используются для смазывания слизистой оболочки носа, глотки лекарственными препаратами и для очистки уха

Показания: бактериологические исследования ЛОР-органов, для смазыва-

Г<sup>1</sup> Ия лекарственными препаратами слизистой носа, горла и для очистки наружного слухового прохода

Оснащение: ушной, носовое, глоточное и гортанный зонд нарезками, вата

Г Проводимые шаги

1. В одну руку берётся зонд с нарезками, в другую - кусочек ваты.
2. Вата наматывается на зонд в виде кисточки таким образом, чтобы его конец не выступал из неё, во избежание травмы органа.
3. При отоскопии; оттягивая ушную раковину кзади и кверху у взрослых и кзади и книзу - у детей, производят туалет наружного слухового прохода.
4. При риноскопии; смочив зонд с ватой в лекарственном препарате производят манипуляцию в полости носа.
5. При фарингоскопии: отодвигая при помощи шпателя язык книзу, производят нужную процедуру.

### **ПЕРЕДНЯЯ ТАМПОНАДА**

**Цель:** остановка кровотечения из полости носа

**Показания:** кровотечения из средних и задних отделов носа

**Оснащение:** стерильный марлевый тампон размером 5/20 см, аппликационный анестетик, ватный тампон, ушной пинцет

**Проводимые шаги**

1. Производят переднюю риноскопию, определяют источник кровотечения и объем кровопотери.
2. Проводят аппликационную анестезию.
3. С помощью пинцета марлевый тампон вводят в общий носовой ход соответствующей половины носа, направляя его вначале вдоль спинки носа, а затем по дну полости носа, зигзагообразно заполняя последовательно всю носовую полость.
4. Ноздрю obtурируют ватным тампоном.
5. Проводят контрольную отофарингоскопию.
6. Накладывают пращевидную повязку.

### **ЗАДНЯЯ ТАМПОНАДА**

**Цель:** остановка кровотечения из полости носа

**Показания:** несостоятельность передней тампонады

**Оснащение:** стерильный марлевый тампон, задний тампон, носовой корцанг, аппликационный анестетик, резиновый катетер, лейкопластырь

**Проводимые шаги**

1. С помощью передней риноскопии проводится аппликационная анестезия.
2. Вводится резиновый катетер через соответствующую половину носа его дну короткими поступательными движениями до появления его кони



из-за мягкого неба.

3. При фарингоскопии глоточный конец катетера захватывают корнцангом и выводят через рот наружу, затем привязывают к нему две нити от тампона.
4. Катетер выводят из носа, подтягивая тампон за нити, проводят его за мягкое небо в носоглотку при помощи указательного пальца, тампонируют носоглотку.
5. Две нити, выходящие из ноздри, крепко завязывают у ноздри над марлевым тампоном для фиксации основного тампона.
6. Третью, свободную нить тампона, выходящую изо рта, которая служит для его удаления, фиксируют на щеке лейкопластырем.
7. Тампон удаляют через 24-48 часов.

## **ТРАВМАТОЛОГИЯ С НЕЙРОХИРУРГИЕЙ**

### **ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Цель: предупреждение осложнений ЗЧМТ

Показания: закрытая черепно-мозговая травма

Оснащение: анальгетики, 40%-ный раствор глюкозы 20 мл или 25%-ный раствор сульфата магния, шприц 20,0, пузырь со льдом

Проводимые шаги

1. Уложить пострадавшего на носилки с возвышенным головным концом.
2. Ввести внутримышечно 50%-ный анальгин 2 мл, 1 %-ный димедрол 1 мл.
3. Ввести внутривенно 40%-ный раствор глюкозы 20 мл или 25%-ный раствор сульфата магния 10 мл внутримышечно (при понижении артериального давления сульфат магния вводить нельзя).
4. Подвесить над головой пузырь со льдом.
5. При потере сознания провести профилактику западения языка и аспирации рвотных масс (повернуть голову набок, очистить полость рта и, захватив язык салфеткой, потянуть его на себя).
6. Следить за артериальным давлением и пульсом.
7. Госпитализировать в травматологическое отделение.

### **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СВОДА ЧЕРЕПА**

Цель: предупреждение осложнений ЧМТ

Показания: черепно-мозговая травма

**Оснащение:** анальгетики, 40%-ный раствор глюкозы 20 мл или 25%-ный раствор сульфата магния, шприц 20,0, пузырь со льдом, стерильные материалы

**Проводимые шаги**

1. Уложить пострадавшего на носилки с возвышенным головным концом.
2. Ввести внутримышечно 50%-ный анальгин 2 мл, 1%-ный димедрол 1 мл.
3. Ввести внутривенно 40%-ный раствор глюкозы 20 мл.
4. При наличии раны и кровотечения - остановить кровотечение путем нажатия на височную артерию (или наложить на височную артерию давящую повязку).
5. На рану наложить асептическую повязку.
6. Подвесить над головой пузырь со льдом.
7. Следить за артериальным давлением и пульсом для диагностики шока.
8. Госпитализировать в травматологическое отделение.
9. При наличии раны решить вопрос о профилактике столбняка.

**АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**

**Цель:** предупреждение осложнений ЧМТ

**Показания:** черепно-мозговая травма

**Оснащение:** анальгетики, 40%-ный раствор глюкозы 20 мл или 25%-ный раствор сульфата магния, кордиамин, эфедрин, стерильные материалы, шприц 20,0, пузырь со льдом

**Проводимые шаги**

1. Уложить пострадавшего на носилки с возвышенным головным концом.
2. Провести обезболивание (ввести внутримышечно 50%-ный анальгина до 5 мл).
3. Ввести внутримышечно 2 мл кордиамин, 5%-ный раствор эфедрина 1 мл подкожно.
4. Ввести внутривенно 40%-ный раствор глюкозы до 40 мл.
5. При наличии ран - обработать их антисептиком и наложить асептические повязки.
6. Подвесить над головой пузырь со льдом.
7. Зафиксировать голову валиком.
8. Следить за артериальным давлением и пульсом для диагностики шока.
9. Госпитализировать бережно в нейрохирургическое отделение.

**Примечание.** Кровотечение и ликворею не останавливать.

## **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Цель: оказание помощи

Показания: вывих нижней челюсти

Оснащение: шприц 5,0, раствор новокаина, стерильные салфетки

Проводимые шаги

1. Осмотреть и очистить салфеткой полость рта.
2. Провести обезболивание 2%-ным раствором новокаина в область сустава.
3. Два больших пальца обернутые стерильными салфетками, вводят в ротовую полость, охватывают обе дуги нижней челюсти и тракцией вниз и назад вправляют передний вывих с последующим фиксацией челюсти пращевидной повязкой.
4. Провести госпитализацию в челюстно-лицевую хирургию на носилках. Лежа на боку.

## **СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ**

*Спицу для скелетного вытяжения больному с закрытым переломом костей правой голени со смещением костных отломков вводят через пяточную кость изнутри кнаружи, во избежание ятрогенного повреждения *a. tibialis posterior*.*

Цель: последовательная репозиция костных отломков

Показания: перелом костей голени со смещением костных отломков

Оснащение: кушетка, дрель электрическая, спица Киршнера, скоба, 10,0 шприц, 0,5%-ный раствор новокаина, перевязочный материал, резиновые пробки, 1%-ный йодонат, 70%-ный спирт

Проводимые шаги

1. Укладка больного на кушетку в положении лёжа на спине.
2. Обработка пяточной области растворами йодоната и спирта.
3. Определение точки проведения спицы, которая соответствует середине линии, соединяющей верхушку внутренней лодыжки с пяточным бугром.
4. Инфильтрационная анестезия мягких тканей и надкостницы в планируемых точках входа и выхода спицы 0,5%-ным новокаином.
5. Установка спицы Киршнера в электродрель.
6. Проведение спицы с медиальной поверхности пяточной кости через ранее определенную точку, в строго перпендикулярном направлении кнаружи.
7. Наложение спиртовых асептических шариков вокруг спицы.

## **АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Цель:** оказание помощи

**Показания:** вывих нижней челюсти

**Оснащение:** шприц 5,0, раствор новокаина, стерильные салфетки

**Проводимые шаги**

1. Осмотреть и очистить салфеткой полость рта.
2. Провести обезболивание 2%-ным раствором новокаина в область сустава.
3. Два больших пальца обернутые стерильными салфетками, вводят в ротовую полость, охватывают обе дуги нижней челюсти и тракцией вниз и назад вправляют передний вывих с последующим фиксацией челюсти пращевидной повязкой.
4. Провести госпитализацию в челюстно-лицевую хирургию на носилках. Лежа на боку.

## **СКЕЛЕТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ**

*Спицу для скелетного вытяжения больному с закрытым переломом костей правой голени со смещением костных отломков вводят через пяточную кость изнутри кнаружи, во избежание ятрогенного повреждения *a. tibialis posterior*.*

**Цель:** последовательная репозиция костных отломков

**Показания:** перелом костей голени со смещением костных отломков

**Оснащение:** кушетка, дрель электрическая, спица Киршнера, скоба, 10,0 шприц, 0,5%-ный раствор новокаина, перевязочный материал, резиновые пробки, 1%-ный йодонат, 70%-ный спирт

**Проводимые шаги**

1. Укладка больного на кушетку в положении лёжа на спине.
2. Обработка пяточной области растворами йодоната и спирта.
3. Определение точки проведения спицы, которая соответствует середине линии, соединяющей верхушку внутренней лодыжки с пяточным бугром.
4. Инфильтрационная анестезия мягких тканей и надкостницы в планируемых точках входа и выхода спицы 0,5%-ным новокаином.
5. Установка спицы Киршнера в электродрель.
6. Проведение спицы с медиальной поверхности пяточной кости через ранее определенную точку, в строго перпендикулярном направлении кнаружи.
7. Наложение спиртовых асептических шариков вокруг спицы.

8. Установка резиновых пробок вокруг асептических шариков.
9. Установка спицы в скобу и её натягивание.

### **«ПИСТОЛЕТНАЯ» ГИПСОВАЯ ПОВЯЗКА**

**Цель:** иммобилизация кистевого сустава при переломе ладьевидной кости

**Показания:** перелом ладьевидной кости запястья

**Оснащение:** стол для наложения гипсовых повязок, таз с теплой водой, гипсовые лангеты, марлевые бинты, вазелин, ножницы, отжим

**Проводимые шаги**

1. Кисть и предплечье обрабатывают вазелином для изоляции кожных покровов.
2. Кисть отводится в локтевую сторону на 20° для устранения сдавления костных фрагментов между шиловидным отростком лучевой кости и основанием I пястной кости.
3. Первая гипсовая лангета накладывается от пястно-фалангового сочленения II—V пальцев до верхней трети предплечья.
4. I палец до уровня межфалангового сочленения фиксируется второй лангетой в положении разгибания.
5. Лангеты фиксируют турами марлевых бинтов и тщательно моделируют с использованием ножниц и отжима.
6. Гипсовую повязку накладывают на 9-12 недель.

### **ПРОВЕДЕНИЕ СПИЦЫ ДЛЯ СКЕЛЕТНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

**Цель:** последовательная репозиция отломков бедренной кости

**Показания:** перелом бедренной кости

**Оснащение:** кушетка, электродрель, спица Иллизарова, скоба, 1%-ный йодонат, 70%-ный спирт, перевязочный материал, 10,0 шприц, 0,5%-ный новокаин, резиновые пробки

**Проводимые шаги**

1. Укладка больного на кушетку в положении лёжа на спине.
2. Определение точек проведения спицы, уровень которых располагается перпендикулярно оси бедра на 2 см выше верхнего полюса надколенника.
3. Обработка кожи нижней трети бедра растворами йодоната и спирта.
4. Анестезия мягких тканей и надкостницы области входа и выхода спицы 0,5%-ным раствором новокаина.
5. Спицу следует вводить с внутренней поверхности бедра, во избежание ятрогенного повреждения сосудисто-нервного пучка в Гунтеровом кана-

ле.

6. Произведя вкол спицы до кости, необходимо определить её расположение в середине ширины бедренной кости путем касательных продвижений спицы по переднему и заднему аспектам кости.
7. Спица проводится строго во фронтальной плоскости перпендикулярно оси бедра.
8. После проведения спицы необходимо наложить асептические шарики и резиновые пробки вокруг места входа и выхода спицы.
9. Установка спицы в скобу и её натягивание.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА ПО КОХЕРУ**

*Вправление вывиха плечевой кости целесообразно проводить под общим обезболиванием с миорелаксацией.*

**Цель:** восстановление нормальных взаимоотношений головки плечевой кости с суставным отростком лопатки

**Показания:** передний вывих головки плечевой кости

**Оснащение:** жёсткая кушетка

**Проводимые шаги**

1. Укладка больного на кушетку в положении лежа на спине.
2. Общее обезболивание больного с релаксацией мышц.
3. Предплечье сгибается на 90° с тракцией вниз по оси конечности.
4. Плечо приводится к туловищу с наружной ротацией плеча за предплечье.
5. Приведение плеча продолжается по направлению к средней линии туловища областью локтевого сустава.
6. Резкая внутренняя ротация плеча завершает вправление.
7. Проверка вправления путем определения степени свободы выполнения пассивных движений в плечевом суставе.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА БЕДРА ПО КОХЕРУ**

*Вправление вывиха бедра необходимо выполнять только под общим обезболиванием с миорелаксацией во избежание ятрогенного перелома шейки бедренной кости.*

**Цель:** восстановление нормальных взаимоотношений головки бедренной кости с вертлужной впадиной

**Показания:** свежий вывих головки бедренной кости

**Оснащение:** помощник, жесткая кушетка

**Проводимые шаги**

1. Укладка больного на кушетку в положении лежа на спине.
2. Общая анестезия больного с релаксацией мышц.
3. Помощник фиксирует таз больного, придавливая за гребни подвздошных костей.
4. Хирург сгибает тазобедренный и коленный суставы поврежденной ноги под углом 90°.
5. Тракция по оси бедра с ротацией кнаружи и кнутри.
6. Разгибание с восстановлением свободных движений в тазобедренном суставе, завершает вправление.

### **ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНАХ**

Цель: оказание первой медицинской помощи при ранах в травмопункте

Показания: резанная и ушибленная раны

Оснащение: 3%-ный раствор перекиси водорода, раствор фурациллина, 0,5%-ный новокаин, 1%-ный йодонат, 70%-ный спирт, стерильный лоток, 10,0 и 5,0 шприцы, перевязочный материал, шовный материал, кровоостанавливающие зажимы «Москит», иглодержатель, ампулы - столбнячный анатоксин, противостолбнячная сыворотка, противогангренозная сыворотка, антибиотик широкого спектра.

Проводимые шаги

1. Обработка кожи вокруг раны йодонатом и спиртом.
2. Инфильтрационная анестезия раны 0,5%-ный новокаином.
3. Тщательный туалет раны перекисью водорода и фурациллином.
4. Остановка кровотечения с использованием зажимов «Москит» и последующим наложением лигатур.
5. Ушивание раны.
6. Наложение асептической повязки.
7. Начало антибактериальной терапии.
8. Профилактика анаэробной инфекции (столбнячный анатоксин, противостолбнячная сыворотка, противогангренозная сыворотка).

### **ВАТНО-МАРЛЕВЫЙ ВОРОТНИК ШАНЦА**

Цель: иммобилизации шейного отдела позвоночника

Показания: растяжение связок, ушиб мягких тканей шейного отдела позвоночника

Оснащение: квадратный лоскут марли 100 x 100 см, вата медицинская 500 г. марлевые бинты

### **Проводимые шаги**

1. В квадратный лоскут марли помещают кусок разрыхленной ваты.
2. Ваты по краям квадрата должно быть меньше, чем в центре.
3. Марлевый лоскут веретенообразно сворачивается в виде валика и растягивается.
4. Полученный валик обводят равномерно вокруг шеи.
5. Ватно-марлевый воротник укрепляют турами бинта.

### **ПОДМЫШЕЧНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ**

**Цель:** вытяжение ниже-грудного и поясничного отделов для декомпрессии и реклинации

**Показания:** подмышечное вытяжение применяется при компрессионных неосложненных переломах тел позвонков на уровне ниже-грудного и поясничного отделов

**Оснащение:** деревянный щит, койка, вата медицинская 500 г, 2 квадратных куска марли по 100 х 100 см, кроватиные подставки, песочный валик

### **Проводимые шаги**

1. Больного укладывают на койку со щитом на спину.
2. Приготавливают две ватно-марлевые лямки и проводят их через подмышки больного.
3. Концы лямок привязывают вдоль оси туловища к головной спинке кровати на расстоянии ширины плеч.
4. Головной конец койки приподнимают с помощью подставок.
5. Под поврежденный позвонок, с целью реклинации, подкладывают песочный валик.
6. При сильном скатывании вниз больному разрешается приподнимать туловище кверху с помощью рук, а не ног.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА ПРЕДПЛЕЧЬЯ**

**Цель:** устранение несоответствия сочленяющихся поверхностей локтевого сустава

**Показания:** передний вывих предплечья

**Оснащение:** кушетка, 1%-ный йодонат, 0,5%-ный новокаин, 10,0 шприц, гипсовая лангета, таз с теплой водой, помощник

### **Проводимые шаги**

1. Больной в положении лежа на спине.
2. Обработка кожи йодонатом.
3. В/с инъекция 0,5%-ного новокаина.



4. Поврежденную верхнюю конечность сгибают в плечевом и локтевом суставах.
5. Ассистент производит тракцию по длине за кисть и медленно сгибает локтевой сустав.
6. Хирург большими пальцами надавливает на выступающий суставной конец плечевой кости, поднимая его кпереди и проксимально.
7. Одновременно остальными пальцами продвигают предплечье кзади и дистально.
8. Вправление заканчивается разгибанием предплечья до тупого угла с наложением гипсовой лангеты на 12 суток.

### **ВЫТЯЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Цель: декомпрессия с восстановлением оси позвоночного столба и межпозвонковых взаимоотношений на уровне шейного отдела

Показания: переломо-вывихшейных позвонков

Оснащение: койка, деревянный щит, петля Глиссона, деревянный прут, ролик для вытяжения, матерчатый шнур, груз для скелетного вытяжения

Проводимые шаги

1. На койку устанавливают деревянный щит и убирают подушку.
2. Больного укладывают на койку в положении лежа на спине.
3. Накладывают петлю Глиссона на голову больного с затягиванием шнурков.
4. Через кольца на лямках петли Глиссона проводят деревянный прут, к которому между кольцами подвязывают шнур.
5. К головному концу кровати монтируют ролик, через который протягивают шнур.
6. К шнуру подвешивают груз, величина которого увеличивается на 2 кг с каждым позвонком.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА ПЛЕЧА ПО ГИППОКРАТУ-КУПЕРУ**

Цель: восстановление нормального взаимоотношения головки плечевой кости с суставным отростком лопатки

Показания: нижний или задний вывих головки плечевой кости

Оснащение: жесткая кушетка, гипсовая лангета от основания пальцев до здорового надплечья, марлевые бинты, ватно-марлевый валик

Проводимые шаги

1. Хирург садится лицом к лежащему на спине больному со стороны вывиха
2. Двумя руками захватывает кисть вывихнутой руки.

3. Пятку своей ноги помещает в подмышечную ямку на стороне вывиха.
4. Одновременная тяга по оси верхней конечности с надавливанием пяткой на сместившуюся головку плеча, вправляет вывих.
5. Проверка правильности вправления по свободе выполнения различных пассивных движений в плечевом суставе.
6. Установка валика в одноименную подмышку.
7. Торакобрахиальная гипсовая повязка на 3-4 недели.

### **ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**Цель:** объективная оценка состояния опорно-двигательного аппарата на предмет диагностики заболевания или повреждения

**Показания:** нарушение функции опорно-двигательного аппарата

**Оснащение:** хорошо освещенная естественным светом комната, кушетка, фонендоскоп, угломер, сантиметровая лента, динамометр кистевой

**Проводимые шаги**

1. Анамнез и осмотр.
2. Пальпация и аускультация.
3. Определение амплитуды активных и пассивных движений в суставах с помощью угломера.
4. Измерение окружности и длины конечности сантиметровой лентой.
5. Определение мышечной силы (динамометром) и функций опорно-двигательного аппарата.
6. Рентгенологическое, электрофизиологическое, лабораторное, биомеханическое исследования.
7. Установление диагноза.

### **МЕТОД ПАЛЬПАЦИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО**

**Цель:** определение патологии опорно-двигательного аппарата

**Показания:** нарушение функции опорно-двигательного аппарата

**Оснащение:** жесткая кушетка

**Проводимые шаги**

1. Местная температура.
2. Состояние кожного покрова (напряжение, натяжение, отечность).
3. Наличие крепитации и смещения костных отломков.
4. Патологическая подвижность.
5. Наличие жидкости в полости сустава (гемартроз, синовит).

6. Объем припухлости и его связь с мышечными тканями.
7. Флюктуация.
8. Локальная болезненность.

### **ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ**

**Цель:** адекватное обезболивание при операциях на конечностях

**Показания:** внутрикостная анестезия используется при небольших по продолжительности операциях на конечностях

**Оснащение:** стерильный лоток, резиновые перчатки, спиртовой раствор хлоргексидина, перевязочный материал, шприц 10,0, внутрикостная игла, пинцет, ленточный жгут, раствор новокаина 2 и 5%-ный, раствор кофеина 10,0%-ный-2,0

#### **Проводимые шаги**

1. Надеть резиновые перчатки.
2. Обработка кожи хлоргексидином.
3. Возвышенное положение конечности для оттока крови.
4. Наложение ленточного жгута выше области планируемого вмешательства на подкладке.
5. Местная анестезия мягких тканей и надкостницы в области введения внутрикостной иглы с образованием «лимонной корки».
6. Внедрение внутрикостной иглы вращательными движениями.
7. Медленное введение 2%-ный новокаина с первой порцией.
8. Дальнейшее введение 0,5%-ный новокаина до появления «мраморной» окраски кожи конечности.
9. Анестезия наступает через 5-7 мин. и длится до снятия жгута (1,5-2 час
10. После снятия жгута, для профилактики коллапса, необходимо внутримышечно ввести кофеина бензонат.

### **ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ТИПА «ВЫСОКИЙ САПОГ»**

**Цель:** иммобилизация костей голени

**Показания:** перелом костей голени различного уровня

**Оснащение:** марлевые бинты, вата, гипсовый порошок, таз с теплой водой. ножницы, кушетка для наложения гипсовых повязок

#### **Проводимые шаги**

1. Больного укладывают на кушетку в положении лежа на спине. Подготавливают ватно-марлевые подкладки, которые укладывают на костные выс-Ш

- тупы: внутренний край 1 пальца стопы, лодыжки, пяточный бугор, головку малой берцовой и мыщелки большой берцовой костей.
2. Подготавливают заднюю и U-образную лангеты по размерам, взятым со здоровой конечности, и свободно складываются.
  3. Поврежденной конечности следует придать функционально выгодное положение: сгибание в голеностопном суставе  $90^\circ$ , в коленном -  $160^\circ$ .
  4. Сложенные лангеты поочередно утапливают в тазике с теплой водой до прекращения выделения пузырьков воздуха и разглаживают.
  5. Сначала накладывают U-образную, а затем - заднюю лангеты.
  6. Во время гипсования помощник удерживает конечность неподвижно и всей кистью.
  7. Лангеты фиксируют к конечности турами марлевых бинтов.
  8. Гипсовую повязку тщательно моделируют по контуру конечности с использованием ножниц.
  9. Кончики пальцев гипсуемой конечности следует оставить открытыми для наблюдения.

### **МЕЖРЕБЕРНАЯ БЛОКАДА**

Цель: адекватное обезболивание при переломе ребер

Показания: межреберная блокада применяется при переломах ребер

Оснащение: 1%-ный раствор йодоната, 70%-ный раствор спирта, пинцет, перевязочный материал, 10,0 шприц, 1-2%-ный раствор новокаина, лейкопластырь

Проводимые шаги

1. Пальпаторно определяем место наибольшей болезненности, которое соответствует месту перелома ребра.
2. Данную область обрабатываем йодонатом и спиртом.
3. Определяем верхний край нижележащего ребра и производим вкол иглы с раствором новокаина.
4. Предпуская новокаин, продвигаем иглу до упора в верхний край нижележащего ребра.
5. Затем, немного оттянув иглу, меняем её направление с перпендикулярного на снизу вверх под углом  $45^\circ$ .
6. Продвигая иглу, далее проникаем под нижний край поврежденного ребра, куда вводим 3-5,0 оставшегося новокаина.
7. Удаляем иглу, а на место укола накладываем асептическую лейкопластырную повязку.

## **ВНУТРИТАЗОВАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ПО ШКОЛЬНИКОВУ-СЕЛИВАНОВУ**

Цель: адекватное обезболивание перелома костей таза

Показания: перелом костей таза с одной или обеих сторон

Оснащение: 10,0 шприц, специальная игла длиной 12-16 см, 0,25%-ный раствор новокаина, 1%-ный раствор йодоната, 70%-ный раствор спирта, перевязочный материал, пинцет, кушетка

Проводимые шаги

1. Больного укладывают на кушетку в положении лежа на спине.
2. Обработывают область передне-верхней ости подвздошной кости на стороне повреждения растворами йодоната и спирта.
3. Обычной иглой делают "лимонную корочку" отступя на 1 см кнутри от передней верхней ости.
4. Специальной иглой вкалывают в корочку, причем срез иглы должен бы 11, обращен к подвздошной кости.
5. Скользя по поверхности крыла, предпуская новокаин, продвигают иглу на глубину 12-16 см.
6. При односторонней блокаде вводят 300-600 мл 0,25%-ного раствора новокаина, при двусторонней - по 250-300 мл с каждой стороны.

## **ШЕЙНАЯ ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ**

Цель: адекватное обезболивание при множественном и осложненном переломе ребер

Показания: тяжелая травма грудной клетки, множественный и/или осложненный перелом ребер

Оснащение: кушетка, ватно-марлевый валик, 10,0 шприц, 1%-ный раствор йодоната, 70%-ный раствор спирта, перевязочный материал, 0,5%-ный раствор новокаина

Проводимые шаги

1. Больного укладывают в положении лежа на спине с валиком между лопатками.
2. Голова максимально поворачивается в противоположную от блокады сторону с оттягиванием руки (на стороне блокады) книзу.
3. Врач указательным пальцем надавливает на задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы по её центру, отесняя её кпереди.
4. Вкол иглы производится у верхушки пальца по направлению кнутри и немного кверху.
5. Предпуская новокаин и продвигая иглу, прокалывается задний листок

влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, и вводится 40-60 мл 0,25%-ного раствора новокаина.

6.0 правильности выполнения вагосимпатической блокады свидетельствует развивающаяся через 3-7 мин. триада Горнера: миоз, птоз, энофтальм.

### **ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА БЕДРА ПО ДЖАНЕЛИДЗЕ**

Цель: восстановление нормального взаимоотношения головки бедренной кости с вертлужной впадиной

Показания: задний или передне-нижний вывих головки бедренной кости

Оснащение: анестезиолог-реаниматолог, жёсткая кушетка

Проводимые шаги

1. Больному вводится в наркоз с миорелаксацией анестезиологом-реаниматологом.
2. Больного укладывают в положении лежа на животе со свободным свисанием вывихнутой ноги.
3. Хирург становится между ногой и столом, отводя ногу в сторону и сгибая коленный сустав под углом 90°.
4. Фиксируя таз одной рукой, другой - захватывает нижнюю треть голени. Коленом надавливает на голень с ротацией бедра.
5. Щелчок свидетельствует о вправлении бедра.
6. Вправление проверяется по свободе выполнения различных пассивных движений.

### **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ**

Цель: оказание неотложной медицинской помощи при переломе средней трети плечевой кости

Показания: закрытый перелом средней трети плечевой кости со смещением костных отломков

Оснащение: шина Крамера, 10,0 шприц, 0,5%-ный раствор новокаина, ампула с наркотическим анальгетиком, марлевые бинты, гипсовый порошок, таз с теплой водой

Проводимые шаги

1. Выяснение жалоб, обстоятельств и механизма травмы.
2. Осмотр больного (деформация, патологическая подвижность, крепитация, функция n.radialis).
3. Внутримышечная инъекция наркотического анальгетика.

4. Фиксация правой верхней конечности проволочной шиной Крамера.
5. Установка предварительного диагноза и направление на рентгенографию.
6. Анестезия места перелома 1%-ным раствором новокаина.
7. Снятие шины Крамера и выполнение ручной репозиции костных отломков после изучения рентгенограммы.
8. Наложение торако-брахиальной гипсовой повязки от пястно-фаланговых сочленений до противоположной лопатки.
9. Контрольная рентгенография.
10. Госпитализация в отделение экстренной травматологии.

## **АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

### **ПАЛЬПАЦИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Цель:** диагностика опухолей молочных желез и лактореи

**Показания:** метод обследования всех женщин

**Оснащение:** кушетка

#### **Проводимые шаги**

1. Пальпация молочных желез пациентки проводится в положении стоя и лежа с последовательным исследованием всех квадрантов железы.
2. Сначала производят пальпацию наружных, затем внутренних квадрантов железы, определяют нет ли там узелков, образований.
3. Необходимо обращать внимание на строение молочных желез, их размеры (гипоплазия, гипертрофия, симметричность, трофические изменения).
4. Производят сдавливание околососкового поля для уточнения наличия отделяемого из соска, его цвет, консистенцию и характер.
5. Пальпация молочных желез дает очень ценную информацию для ранней диагностики опухолей молочных желез.

### **ИЗМЕРЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ**

**Цель:** определение нормальной функции яичников

**Показания:** бесплодие, нарушение менструальной функции, контрацепция

**Оснащение:** ртутный термометр, вазелин

#### **Проводимые шаги**

1. Консультация женщины о необходимости проведения теста.
2. Необходимо иметь два ртутных термометра, записную книжку.
3. В тетради пациентка записывает по графам: календарный день, менструальный день, температуру в прямой кишке, температуру тела, примечание. I

4. Объясняем женщине, что измеряется температура рано утром, не вставая с постели вставляется один термометр в прямую кишку, предварительно смазав вазелином, на глубину 2-3 см, а второй - в подмышечную ямку.
5. Измеряем температуру в течение 7-10 мин., показания каждого термометра записываем в соответствующую графу.
6. В норме базальная температура двухфазная, т.е. в первую половину цикла температура до 37°C, а во вторую - выше 37°C. Причем разница должна быть не менее 0,4°C.

### **БИМАНУАЛЬНОЕ (ДВУРУЧНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Цель:** определение состояния матки, придатков и параметрия

**Показания:** метод обследования всех женщин

**Оснащение:** стерильные перчатки

#### **Проводимые шаги**

1. Женщина находится на гинекологическом кресле, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах.
2. Манипуляция проводится в перчатках.
3. Указательным и большим пальцами левой руки раздвигают большие половые губы.
4. Средний палец правой руки вводят во влагалище, оттягивают заднюю стенку книзу и затем вводят указательный палец той же руки.
5. Левую руку ладонной поверхностью, кладут на переднюю брюшную стенку над лоном и пальпируют вглубь, прощупывают тело матки.
6. Пальцами правой руки (указательный и средний) определяют форму, консистенцию и длину шейки матки, состояние ее наружного зева. Затем пальцы вводят в передний свод и между внутренней и наружной руками определяют тело матки.
7. Определяют положение, величину, болезненность, консистенцию, подвижность тела матки.
8. Приступают к пальпации придатков. Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза; в норме придатки не пальпируются.
9. Определяют состояние параметрия.
10. Определяют глубину, болезненность сводов влагалища.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМА «ЗРАЧКА»**

**Цель:** выяснение эстрогенной насыщенности организма

**Показания:** бесплодие, нарушение менструальной функции



Оснащение: кресло гинекологическое, влагалищные зеркала

Проводимые шаги

1. Женщина находится на гинекологическом кресле, ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах.
2. Осмотр проводится на 10-, 13-, 14-и 17-ый дни менструального цикла.
3. Для осмотра применяют влагалищные зеркала.
4. Для обнажения шейки матки зеркало вводится во влагалище, раздвигая переднюю и заднюю стенки влагалища.
5. При осмотре шейки матки обычно в середине менструального цикла при максимальной эстрогенной насыщенности наблюдается приоткрытие и зияние наружного зева в виде «черного зрачка».
6. Симптом «зрачка» обязательно наблюдается в динамике и оценивается следующим образом: +, ++, +++ ,++++.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСТЯЖИМОСТИ СЛИЗИ ШЕЙКИ МАТКИ**

Цель: выяснение эстрогенной насыщенности организма

Показания: бесплодие, нарушение менструальной функции

Оснащение: кресло гинекологическое, влагалищные зеркала, пинцет

Проводимые шаги

1. Женщина находится на гинекологическом кресле ноги согнуты в тазобедренном и коленных суставах.
2. Манипуляция проводится при помощи влагалищных зеркал, осмотр канала шейки матки.
3. Для определения растяжимости шеечной слизи, при помощи пинцета берется слизь, которую растягивают между браншами.
4. Растяжимость шеечной слизи в зависимости от дня менструального цикла от 2-3 см до 8-10 см, это даёт информацию об эстрогенной насыщенности организма.
5. Отсутствие растяжимости слизи говорит о недостаточности эстрогенов, максимальная растяжимость слизи наблюдается в середине менструального цикла.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА РОДОВ**

Цель: определить предполагаемый срок родов

Показания: метод обследования всех беременных

Оснащение: календарь, обменная карта

### **Проводимые шаги**

1. По первому дню последней менструации (по Негеле): от этой даты отсчитывают назад 3 календарных месяца и прибавляют 7 дней.
2. По овуляции: к первому дню последней менструации прибавляют 14 дней (срок предполагаемой овуляции и зачатия) и затем прибавляют  $280 \pm 7$  дней.
3. По первому шевелению плода: к дате первого шевеления плода у первобеременных прибавляют 20 нед., у повторнобеременных - 22-23 нед.
4. По дате первой явки к врачу: в раннем сроке беременности к этой дате прибавляют к установленному сроку гестации недостающие недели до 40 и получают дату родов.
5. По объективным данным: на момент осмотра устанавливают срок беременности и, прибавляя недостающие недели до 40, определяют дату родов.
6. По объективным данным: длина плода, измеренного тазомером, равна  $25 \text{ см} \times 2 = 50 \text{ см}$ , окружность живота - 100 см, высота стояния матки 32-33 см, на 4 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, возбудимость матки повышена (при пальпации, введении малых доз окситоцина и других раздражителей), появление густых белей из влагалища (40 нед., срок родов).

### **АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА**

**Цель:** диагностика внутриутробного состояния плода

**Показания:** метод обследования всех беременных

**Оснащение:** стетоскоп

### **Проводимые шаги**

1. Аускультация живота беременной и роженицы производится акушерским стетоскопом, который отличается от обычного широкой воронкой, которая прикладывается к обнаженному животу женщины.
2. При затылочных предлежаниях сердцебиение выслушивается ниже пупка, при тазовых - выше пупка, при поперечных положениях - на уровне пупка ближе к головке.
3. При I позиции сердцебиение выслушивается слева, при II - справа, при потугах - над лобком.
4. При аускультации стетоскоп должен располагаться строго перпендикулярно, т.е. под прямым углом к предполагаемой спинке плода, широкая воронка плотно прикладывается к животу беременной, а к другому концу - ухо врача. При выслушивании не следует трубку придерживать рукой, так как при этом нарушается проводимость звука по стетоскопу.
5. В норме сердцебиение равно 140 уд. в минуту, ритмичное, ясное.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ВЕСА ПЛОДА

**Цель:** оценка развития плода в динамике беременности

**Показания:** метод обследования всех беременных и рожениц

**Оснащение:** кушетка, сантиметровая лента

### Проводимые шаги

1. При обследовании беременной женщины определяется окружность живота и высота стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты.
2. Женщину укладывают на кушетку в положении лежа на спине, врач стоит сбоку лицом к её животу.
3. Сантиметровой лентой опоясывается туловище женщины спереди на уровне пупка, а сзади - на середину поясничной области и определяют длину окружности живота, которая в конце беременности достигает 100 см.
4. Высота стояния дна матки измеряется путем прикладывания начала сантиметровой ленты одной рукой к середине верхнего края лонного сочленения до верхней границы дна матки, которое определяется ребром ладони другой руки. В конце беременности в норме она равна 32 см.
5. В норме по высоте стояния дна матки можно судить о сроке беременности. На основании полученных размеров живота можно высчитать приблизительный вес плода путем умножения полученных показателей:  $100 \times 32 = 3200$  г.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

**Цель:** оценить состояние доношенного новорожденного при рождении

**Показания:** метод оценки каждого новорожденного

**Оснащение:** родильный зал

### Проводимые шаги

1. В настоящее время рекомендуется определять состояние новорожденного по шкале Апгар. Оценка проводится в первую минуту и через 5 мин. после рождения по пяти наиболее важным клиническим признакам: сердечный ритм, дыхательная активность, рефлекторная возбудимость, мышечный тонус, окраска кожи.
2. Каждый признак оценивается по трехбалльной системе: 0, 1, 2.
3. Клиническая оценка состояния новорожденного складывается из суммы баллов, полученных по пяти признакам.
4. Здоровые новорожденные имеют по этой шкале оценку 10-7 баллов.
5. Дети, рожденные в легкой асфиксии, получают оценку 6-5. баллов.

6. Дети с проявлениями асфиксии средней тяжести - 5 баллов.
7. При тяжелой асфиксии - оценка ниже 4 баллов.
8. При клинической смерти - оценка 0.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЧИСТОТЫ ВЛАГАЛИЩА**

**Цель:** диагностика воспалительных заболеваний органов гениталий

**Показания:** метод обследования всех женщин

**Оснащение:** металлическая петля, кресло гинекологическое, предметное стекло, микроскоп

#### **Проводимые шаги**

1. Для определения чистоты влагалища берется мазок из 3 точек: из уретры, цервикального канала и из заднего свода влагалища.
2. I ст. чистоты - содержимое влагалища имеет кислую реакцию (рН = 4,0-4,5), под микроскопом видны только эпителиальные клетки и влагалищные палочки Дедерлейна.
3. II ст. чистоты - реакция кислая (рН = 5,0-5,5), влагалищных клеток и палочек меньше, чем при I ст., много бактерий типа сомма тапаЪШ (анаэробная изогнутая виде запятой палочка), много эпителиальных клеток, встречаются лейкоциты.
4. III ст. чистоты - реакция слабо щелочная (рН = 6,0-6,5), влагалищные палочки в небольшом количестве, доминируют сомма тариабилл и анаэробный стрептококк, имеется много кокков, большое количество лейкоцитов.
5. IV ст. - реакция слабо щелочная, влагалищные палочки отсутствуют, сомма тариабилл - в меньшинстве, преобладает пестрая бактериальная флора, анаэробные кокки, бациллы, встречаются единично трихомонады, масса лейкоцитов.

### **ПЕРЕРЕЗКА И ОБРАБОТКА ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Цель:** отделение новорожденного от матери

**Показания:** новорожденность

**Оснащение:** зажимы Кохера, вата, 96%-ный спирт, скобка Роговина, ножницы, салфетки, шелковая нить

#### **Проводимые шаги**

1. Обработка пуповинного отростка производится в два этапа.
2. Первый этап: после рождения ребенка на пуповину накладывают два зажима Кохера, на расстоянии 10-12 см от пупочного кольца, между зажимами пуповина пересекается.
3. Второй этап: после отделения ребенка от матери моют руки с мылом под

- струей теплой воды и обрабатывают их одним из антисептических растворов.
4. Остаток пуповины протирают салфеткой, смоченной 96%-ным спиртом, и туго отжимают указательным и большим пальцами, и туго завязываем шелковой нитью или накладываем скобку Роговина.
  5. На пуповинный отросток накладывают повязку используя для этого треугольную салфетку. Перед переводом новорожденного из родильного зала в детскую палату необходимо проверить правильность наложения лигатуры.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОПУСТИМОЙ КРОВОПОТЕРИ**

Цель: оценить объем кровопотери в родах

Показания: роды

Оснащение: стерильный лоток, градуированная колба, пеленки, весы

Проводимые шаги

1. Производится взвешивание беременной перед родами.
2. Родильнице после изгнания плода под тазовый конец подкладывается посуда (лоток) для отбора крови.
3. После того как отделился и выделился послед и произведен осмотр мягких родовых путей, содержимое лотка (кровь) сливают в градуированную колбу емкостью 1-2 л.
4. Берутся пеленки и взвешиваются до использования и после использования (пропитанные кровью).
5. От веса смоченных кровью пеленок высчитывается вес сухих пеленок, полученная разница определяет количество потерянной роженицей крови.
6. К количеству крови измеренной градуированной колбой прибавляют количество крови, излившейся на пеленки, и получают объем кровопотери.
7. Правильнее соотносить объем кровопотери с массой тела роженицы и считать предельно допустимой кровопотерю, составляющую 0,5% от массы тела. Например, при массе тела 70 кг  $\times 0,5 = 350$  мл.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПРЕГЕСТОЗА (ПРОБА МАК-КЛЮРА-ОЛДРИЧА)**

Цель: диагностика прегестоза у беременных

Показания: метод обследования всех беременных группы риска

Оснащение: шприц 2 мл, 0,9%-ный раствор натрия хлорида, ватный тампон, часы

Проводимые шаги

1. Проба производится для определения скрытых отеков, т.е. прегестоза у беременных.

2. В одноразовый, 2 мл шприц набирают 0,5 -0,9%-ного натрия хлорида.
3. Кожу внутренней поверхности предплечья обрабатывает стерильным ватным тампоном, смоченным спиртом.
4. Набранный раствор вводят до образования папулы.
5. Отмечают время введения и следят за скоростью рассасывания папулы.
6. Образовавшаяся папула, при нормальной гидрофильности ткани рассасывается за 40-60 мин., при скрытых отеках рассасывание происходит быстрее.

### **ПРОБА ЛЮГОЛЕВСКИМ РАСТВОРОМ**

Цель: выявить патологические изменения эпителия шейки матки, уточнить границы поражения, выбрать участки для биопсии

Показания: I Предраковые I I раковые заболевания шейки матки (полипы, эрозии)

Оснащение: влагалишные зеркала, пинцет, вата, раствор Л юголя

Проводимые шаги

1. Положение женщины на кресле: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.
2. Шейка матки обнажается в зеркалах.
3. Шейку матки очищают от слизи.
4. К поверхности шейки матки прикладывают тампон, обильно смоченный раствором Л юголя.
5. Через 1 мин. тампон удаляют и оценивают окраску тканей.
6. Неизмененный эпителий, содержащий достаточное количество гликогена, равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет-йодопозитивные участки.
7. Патологические участки не окрашиваются и выделяются на коричневом фоне в виде более светлых пятен различных оттенков (от светло-коричневого до совершенно неокрашенных) - йодонегативные участки.
8. Йодонегативные участки, подозрительные на рак, подлежат биопсии и гистологическому исследованию.
9. Это исследование должно проводится всем женщинам, особенно имеющим эрозию шейки матки, впервые обратившимся к акушер-гинекологу.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ (ФОРМУЛА СКУЛЬСКОГО)**

Цель: диагностика срока беременности

Показания: метод обследования всех беременных

Оснащение: тазомер, кушетка, катетер

Проводимые шаги

1. Измерение производят с помощью обычного тазомера.
2. Беременная лежит на спине.
3. Опорожняют мочевой пузырь.
4. Ощупав через брюшную стенку части плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую - на дно матки, где чаще всего находятся ягодицы плода.
5. Установлено, что расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет половину длины плода (от темени до пяток). Поэтому величину, полученную при измерении расстояния от нижнего полюса головки до ягодиц, умножают на 2.
6. Из полученного числа вычитают 5 см в зависимости от толщины брюшных стенок.
7. Установив таким образом длину плода, делят это число на 5 и получают срок беременности.

### **ИЗМЕРЕНИЯ ЖЕНСКОГО ТАЗА**

Цель: оценка размеров таза

Показания: метод обследования всех беременных, рожениц

Оснащение: тазомер, кушетка

Проводимые шаги

1. Женщину укладывает на кушетку на спину с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе.
2. Измерение таза производят тазомером.
3. *Distantia spinarum* - расстояние между передневерхними остями подвздошных костей и равно 25-26 см. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.
4. *Distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками наружных поверхностей гребешков подвздошных костей; равняется 28-29 см. Пуговицы тазомера передвигают с остей по наружному краю гребня подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние.
5. *Distantia trochanterica* - пуговицы тазомера накладывают на наиболее выступающую часть вертела обеих бедренных костей; равняется 31 -32 см.
6. *Conjugata externa* - наружная конъюгата, измерение производится в положении на боку, нижележащая нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а верхняя - вытянута. Одну пу-

говку тазомера прижимают к верхнему углу ромба Михаэlsa, другую - прикладывают к середине верхненаружного края симфиза; равняется 20-21 см.

7. По наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты - C. vera. Для этого от размера C. externa 20 см - 9см = 11 см (Разница между конъюгатами 9см зависит от толщины костей и мягких тканей.)

### **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ**

Цель: выявить патологически измененные влагалище и шейку матки

Показания: метод обследования всех женщин

Оснащение: влагалищные зеркала, кресло гинекологическое

Проводимые шаги

1. Пациентку укладывают на гинекологическое кресло, ногами согнутыми в тазобедренных и коленных суставах.
2. Для осмотра применяют ложкообразные зеркала Симпсона, двусторчатое зеркало Куско.
3. При введении следует смазать нижнюю поверхность зеркала жидким вазелином (глицерином, мылом) и предложить больной потужиться, что ведёт к приоткрытию половой щели.
4. Для введения подъёмника оттягивают промежность ложкообразным зеркалом и параллельно осторожно вводят подъёмник; затем оба зеркала отодвигают друг от друга и при помощи их обнажают шейку матки.
5. Осматривают слизистую стенок влагалища, область сводов и шейку матки.
6. Определяют форму шейки матки, наличие деформаций разрывов, характер наружного зева (точечный, щелевидный) патологическое состояние шейки матки (эрозия, полипы, эндометриоз, опухоль, гипертрофия, явления катара, выворот, разрывы).
7. Определяют цвет и характер влагалищного секрета: серозный, гнойный, кровянистый, серозно-гнойный.

### **МЕТОДИКА НАРУЖНЫХ СПОСОБОВ ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА**

Цель: выделение отделившегося последа

Показания: Ш-период родов

Оснащение: родильная койка, катетер

Проводимые шаги

1. Проводится на родильной койке в спино-ягодичном положении с разведе-



- денными и согнутыми в тазобедренном и коленном суставах ногами.
2. Опорожнить мочевой пузырь.
  3. Удостоверяются, что признаки отделившегося последа положительные.
  4. Просят роженицу потужиться, при этом подтягивают за пуповину к себе, если эффекта нет, то переходят к следующему методу.
  5. Перед выделением последа матку приводят в срединное положение.
  6. Производят бережный наружный массаж матки с целью ее сокращения.
  7. Способ Абуладзе: обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Отделившийся послед рождается.
  8. Способ Креде-Лазаревича: врач становится слева от роженицы, лицом к ее ногам. Дно матки обхватывает рукой таким образом, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь - на дне, а четыре пальца - на задней стенке матки. Производится выжимание последа и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси.

### **МЕТОДИКА НАРУЖНЫХ ПРИЕМОВ АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО**

**Цель:** определить членорасположение, положение, позицию, вид позиции и предлежание плода

**Показания:** метод обследования всех беременных, рожениц

**Оснащение:** кушетка

**Проводимые шаги**

1. Беременную укладывают на кушетку на спину с вытянутыми ногами. Врач садится рядом справа от женщины.
- 2.1 прием-ладонные поверхности обеих рук располагают плотно на дно матки таким образом, чтобы ногтевые фаланги обращены друг к другу. Этим приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.
- 3.2 - прием - руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливают ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют в какую сторону обращены спинка плода и мелкие части, т.е. позицию плода. При 1 позиции спинка обращена в левую сторону матки, при 2 позиции - в правую.
4. 3 - прием - правой рукой охватывают предлежащую часть плода, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить что предлежит ко входу в малый таз и ее отношение к тазу.

5.4- прием - исследующий становится лицом к ногам беременной и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными ко входу в таз, осторожно и медленно проникают между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпируют доступные участки предлежащей части. Этим приемом определяют предлежащую часть и ее отношение к тазу.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ПОСЛЕДА**

Цель: убедиться в целостности последа

Показания: рождение последа

Оснащение: лоток, весы, сантиметровая лента

Проводимые шаги

1. Послед, обращенный материнской поверхностью вверх, кладут на поднос и внимательно осматривают; сначала плаценту, затем оболочки. При целой плаценте материнская поверхность ровная, блестящая, имеет дольчатую структуру.
2. При обнаружении участков «клеванной» поверхности, углубления с отсутствием дольки, рваных краев долек подозревают задержку частей плаценты в матке.
3. При осмотре плаценты, выявляют ее целостность, отдаленность места разрыва от края плаценты.
4. В оболочках осматривают кровеносные сосуды, с целью обнаружения добавочных долек. Если в оболочках плаценты имеются сосуды и на их окончании отсутствует долька плаценты, значит она задержалась в полости матки.
5. При отсутствии части оболочек - считают, что они их задержались в полости матки.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ /**

Цель: уточнить отделилась ли плацента от стенок матки

Показания: III - период родов

Оснащение: родильная койка

Проводимые шаги

1. Проводится на родильной койке в спинно-ягодичном положении роженицы с разведенными в тазобедренном и коленном суставах ногами.
2. Признак Шредера; если плацента отделилась в нижний сегмент или во влагалище, дно матки поднимается вверх и располагается выше и вправо от пупка, матка приобретает форму песочных часов.

3. Признак Альфелда: лигатура или зажим, наложенные на пуповину у половой щели родильницы, при отделившейся плаценте опускается на 8-10 см ниже от вульварного кольца.
4. Признак Кюстнера-Чукалова: если надавить рукой над симфизом, то пуповина при неотделившейся плаценте уходит обратно во влагалище. Если плацента отделилась, проксимальный отрезок пуповины остается на месте.
5. Признак Клейна: роженице предлагают сильно натужиться или же врач сам давит матку вниз. Выступающая при этом из половой щели пуповина вытягивается. Если плацента отделилась, после прекращения выдавливания пуповина обратно не уходит.

### **ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ**

**Цель:** оценка размеров малого таза

**Показания:** метод обследования всех беременных, рожениц

**Оснащение:** кушетка, сантиметровая лента, тазомер

**Проводимые шаги**

1. Пациентку укладывают на гинекологическое кресло, ногами согнутыми в тазобедренных и коленных суставах.
2. На руки надевают перчатки.
3. Пальцами, введенными во влагалище, опуская локоть вниз, пытаются достичь кончиком среднего пальца до верхушки мыса, ребро ладони упирается в нижний край симфиза.
4. Указательным пальцем левой руки отмечают на основании указательного пальца правой руки место соприкосновения с краем симфиза.
5. Не отнимая пальца от намеченной точки, руку из влагалища извлекают и измеряют тазомером или сантиметровой лентой расстояние от кончика среднего пальца до метки на указательном пальце.
6. *C. diagonalis*. - расстояние от нижнего края симфиза до мыса крестца, определяемое при влагалищном исследовании равно -13-13,5 см.

### **ТЕХНИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВЫСКАБЛИВАНИЯ**

**Цель:** диагностика состояния эндометрия. Удаление эндометрия, частей плодного яйца из полости матки

**Показания:** дисфункциональные маточные кровотечения, миома матки, фоновые и предраковые заболевания эндометрия, после удаления ВМС, аборта

**Оснащение:** кресло гинекологическое, 70%-ный раствор этилового спирта, влагалищные зеркала, пулевые щипцы, маточный зонд, кюретки, физиологический раствор, формалин

### **Проводимые шаги**

1. Женщину укладывают на гинекологическое кресло, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах. При бимануальном исследовании определяют положение матки.
2. Анестезия лидокаином, новокаином или внутривенно калипсол.
3. Обрабатывают наружные половые органы и влагалище 70%-ным раствором этилового спирта.
4. Вводят влагалищное зеркало, обнажая шейку матки, обрабатывают наружный зев тем же раствором.
5. Захватывают шейку матки пулевыми щипцами за переднюю губу.
6. Измеряют длину полости матки маточным зондом.
7. Кюреткой производят выскабливание полости матки, стараясь не повредить базального слоя.
8. Соскоб эндометрия промывают физиологическим раствором, заливают формалином и отправляют на гистологическое исследование.
9. Снимают нулевые щипцы, обрабатывают цервикальный канал и влагалище 70%-ным раствором спирта, убирают зеркало.
10. Женщину на каталке переводят в палату.

### **ПУНКЦИЯ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА**

**Цель:** диагностика гинекологических заболеваний, свободной жидкости в брюшной полости

**Показания:** внематочная беременность, апоплексия яичника, пельвеоперитонит, абсцесс Дугласова пространства, асцит

**Оснащение:** гинекологическое кресло, влагалищные зеркала, пулевые щипцы, пункционная игла, пробирка

### **Проводимые шаги**

1. Женщина лежит на гинекологическом кресле, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах.
2. Во влагалище вводят влагалищное зеркало.
3. Обрабатывают влагалище и своды раствором йодоната, 70%-ного спирта.
4. Шейку матки захватывают за её заднюю губу пулевыми щипцами.
5. В месте наибольшего выпухания заднего свода производят прокол пункционной иглой на глубину 1-2 см.
6. Жидкость собирают в пробирку и, в зависимости от характера жидкости, выбирают дальнейшую тактику ведения больной.
7. Снимают пулевые щипцы.
8. Обрабатывают влагалище антисептическим раствором.
9. Убирают зеркало.
10. Женщину на каталке переводят в палату или в операционную.

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ОСВОЕНИЮ  
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ПРОФИЛЯ**

РАБОТА ПОДГОТОВЛЕНА К ПЕЧАТИ  
РЕДАКЦИОННО-ТЕХНИЧЕСКИМ ОТДЕЛОМ ВТОРОГО ТашГосМИ  
Начальник-главный редактор отдела В.Я. Литинецкий

Редактор Т.А. Строкова

Редактор-дизайнер А.Д. Дурманов, В.Я. Литинецкий

Компьютерный набор К.Б. Салахиева

Корректор А.С. Пак

А

*i*

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 7,2. Зак. 1590. Тираж 1000 экз.  
Отпечатано на Ташкентской книжно-журнальной фабрике  
Узбекского агентства по печати и информации.  
Ташкент, Юнусабад, улица Муродова, 1.

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ  
ПО ОСВОЕНИЮ  
ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ПРОФИЛЯ**

Ташкент - 2003