

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

ОЦЕНКА 46 БАЛЛОВ
ВВ САМОХВАЛОВА



Научно-исследовательская работа
на тему:

**«Внутривенно капельный путь введения
лекарственных средств. Техника
проведения»**

Выполнила:

Студентка III курса 3 группы
педиатрического факультета

Гончарова Анастасия Валерьевна

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	4
Задачи научно-исследовательской работы.....	5
Основные определения и понятия.....	6
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	7
Роль медицинского персонала при проведении внутривенного капельного пути введения лекарственных средств.....	20
Собственное исследование.....	21
Выводы.....	23
Список литературы.....	24

Введение

Лечебный препарат в организм может попадать различными путями. Пути введение лекарственных средств определяются скоростью терапевтического эффекта, его выраженностью и продолжительностью. В некоторых случаях от того, каким способом поступило в организм лекарство, зависит характер его действия, а значит, и выздоровление. Существует несколько основных методов введения лекарственных средств внутрь.

Парентеральное введение лекарственных средств (минуя пищеварительный тракт) осуществляется посредством инъекций: внутрискожной, подкожной, внутримышечной, внутривенной, внутриагтеральной; в брюшную, плевральную полости, в сердце, в спинномозговой канал, в болезненный очаг, в костный мозг.

Преимущества парентерального пути введения являются: быстрота действия, точность дозирования, поступление лекарственного средства в кровь в неизменном виде.

Недостатками введения является: обязательное участие обученного медицинского персонала, соблюдение асептики и антисептики, затруднение или невозможность введения лекарственного препарата при кровоточивости, повреждении кожи в месте инъекции.

Инфузия – вливание. Представляет собой метод парентерального введения большого объема вещества в организм человека. Часто используют инфузионную терапию. Она бывает струйной и капельной. С помощью последней производится внутривенная инфузия необходимых растворов, крови и ее заменителей. За счет нее быстрее достигается лечебный эффект благодаря дозированному количеству препарата и регулировки скорости его введения.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить требования к осуществлению манипуляции и порядок проведения внутривенного капельного пути введения лекарственных средств в ГБУЗ «ВОДКБ» в детском эндокринологическом отделении.

Научиться выполнять внутривенный капельный путь введения лекарственных средств и приобрести навыки по уходу за детьми в качестве помощника процедурной медицинской сестры, направленных на восстановление и улучшение здоровья.

Задачи научно-исследовательской работы

- Изучить функциональные обязанности и условия работы процедурной медицинской сестры в детском стационаре при проведении внутривенного капельного пути введения лекарственных средств
- Изучить основные принципы выполнения манипуляции процедурной медицинской сестрой при заболеваниях у детей эндокринологического профиля
- Определить основные места введения инфузии
- Освоить способы и методы, а также технику осуществления внутривенного капельного пути введения лекарственных средств
- Изучить основные осложнения внутривенного капельного пути введения лекарственных средств
- Участие в проведении внутривенного капельного пути введения лекарственных средств под контролем процедурной медицинской сестры
- Работа с научной литературой

Основные определения и понятия

Парентеральный путь введения - это пути введения лекарственных средств в организм, при которых они минуя желудочно-кишечный тракт. Это прежде всего инъекции и ингаляции.

Инъекция (injection) – это способ введения лекарственных средств с помощью шприца в мягкие, твёрдые и жидкие ткани (в кожу, подкожную клетчатку, мышцу, кость, кровь, лимфу, субарахноидальное пространство (под мозговую оболочку)).

Инфузия (infusion) – это вливание большого количества различных растворов определённого объёма и концентрации в жидкие ткани – в кровь – в/в), с целью коррекции патологических потерь организма или их предотвращения.

Венесекция – это вскрытие периферической вены с целью введения в неё иглы, канюли или катетера для инфузионной терапии.

Венепункция – это чрескожный прокол стенки венозного сосуда с последующим введением инъекционной иглы в вену. Медицинская процедура, которая выполняется с целью забора венозной крови на анализ, при переливании донорской крови, введения лекарственных препаратов (только если указано внутривенно!), а также введения радиофармпрепаратов или других диагностических препаратов (например, рентгеноконтрастных средств).

Внутривенная инъекция - введение лекарственных средств в кровеносное русло.

Введение жидкости в вену капельным способом - введение в кровеносное русло пациента больших количеств жидкости с лечебной целью.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Внутривенные вливания применяют для введения большого количества различных растворов (3-5 л и больше); они являются основным способом так называемой инфузионной терапии. Внутривенные вливания применяют в тех случаях, когда необходимо восстановить объем циркулирующей крови, нормализовать водно-электролитный баланс и кислотно-основное состояние организма, устранить явление интоксикации при тяжелых заболеваниях, отравлениях. Если необходимо быстро ввести лекарственное вещество (при шоке, коллапсе, тяжелой кровопотере), то пользуются струйными внутривенными вливаниями. Если лекарственный препарат должен поступать в кровеносное русло медленно, то применяют капельное введение. В тех ситуациях, когда встает вопрос о длительном (в течение нескольких суток) введении больших количеств растворов, применяют катетеризацию вены (чаще всего подключичной) или венесекцию.

Внутривенные вливания осуществляют с помощью специальной системы для капельного введения. С точки зрения соблюдения правил асептики и антисептики оптимально применять системы одноразового пользования. Каждая система в собранном виде состоит из флакона с необходимым для вливания препаратом, короткой трубки с воздушным фильтром и иглой для поступления воздуха во флакон, капельницы с фильтром и двумя трубками, пункционной иглы, резиновой переходной трубочки, соединяющей трубку капельницы с пункционной иглой.



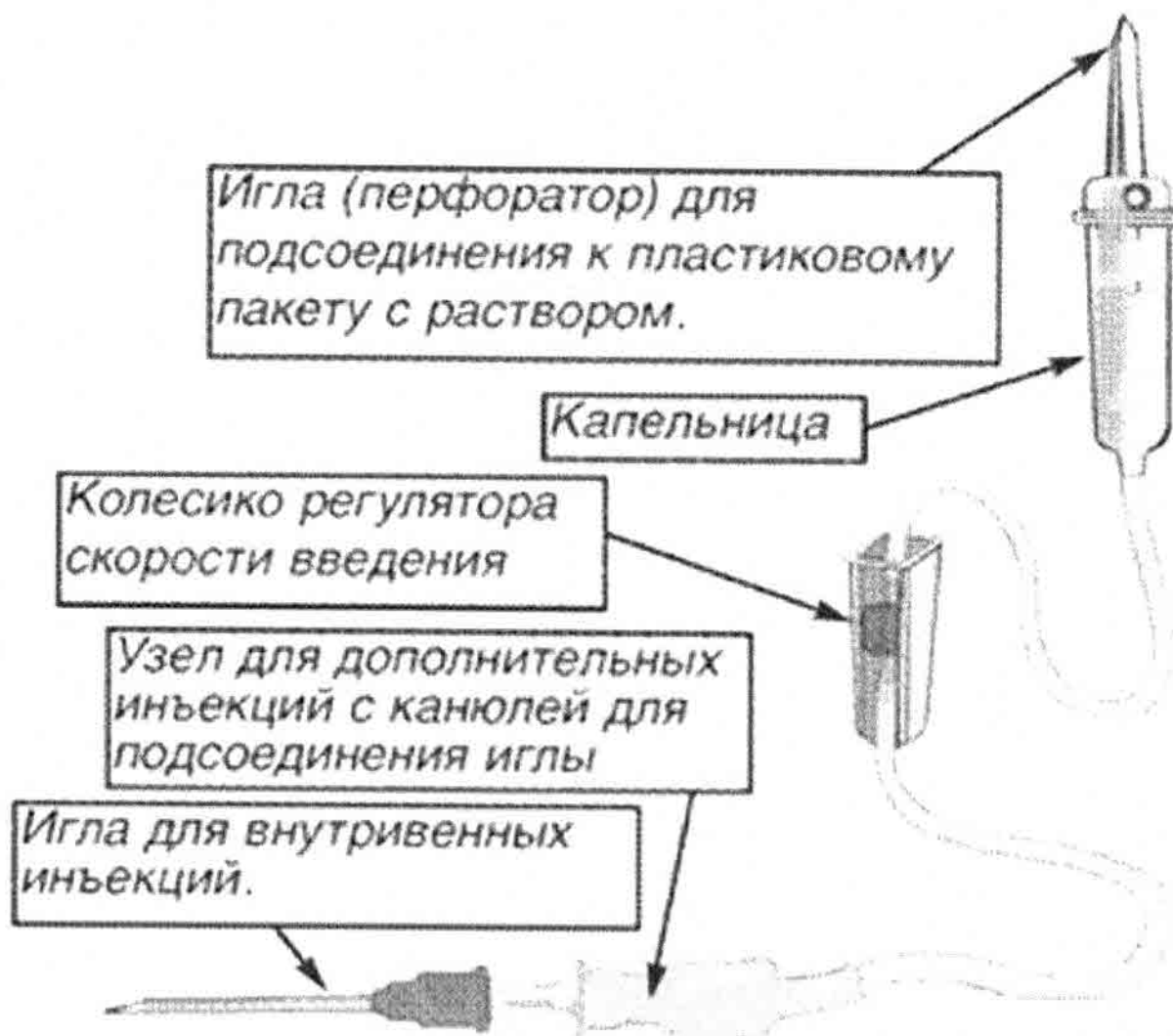


Рис.1 Устройство капельной системы

При внутривенном введении лекарственные средства сразу попадают в общий кровоток и оказывают быстрое воздействие на организм.

Для внутривенных вливаний используют шприцы большой вместимости (10 и 20 см³), иглы большего диаметра, с коротким срезом. Вливания проводят в периферические вены. Детям первого года жизни внутривенные инъекции делают в подкожные вены головы, детям старшего возраста – чаще в локтевые вены, реже – в вены кисти или стопы. В вены шеи и подключичные вены внутривенные вливания делают в крайних и исключительных случаях с соблюдением особой осторожности. Это связано с тем, что давление в шейных венах ниже атмосферного, возникает опасность засасывания воздуха, попадания воздушных пузырьков в кровоток (воздушная эмболия).

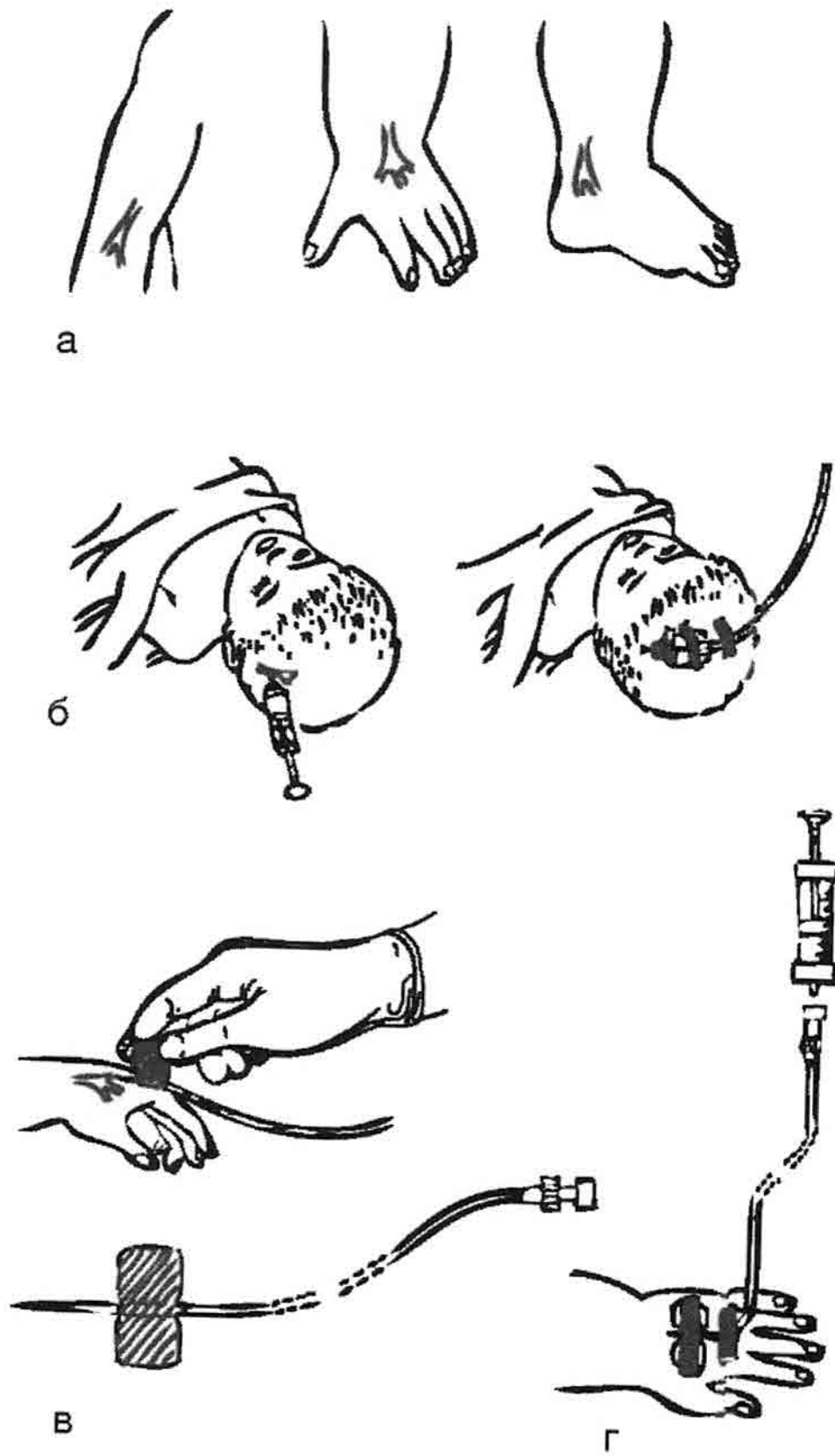


Рис.2 Пункция периферических вен

а – наиболее удобные места для пункции вен; б – пункция вены головы и фиксация иглы; в – пункция вены при помощи иглы типа «бабочка» и фиксация иглы; г – фиксация конечности при венепункции

Заполнение системы для капельного введения стерильных растворов

Оснащение: упаковка с системой одноразового пользования, флакон с лекарственным раствором, штатив, пинцет, стерильный пинцет, спиртовые ватные шарики (спирт – 70°), аптечная резинка, перчатки, маска, кожный антисептик.

1. Надеть маску, тщательно вымыть руки гигиеническим способом проточной водой с мылом, обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать их спиртовым ватным шариком, антисептиком для перчаток.
2. Приготовить флакон с лекарственным средством:
 - прочесть название препарата, концентрацию раствора, его объем, срок годности, сроки его стерильности;
 - сравнить с записью в листе назначения;
 - обратить внимание на внешний вид препарата (цвет, прозрачность, появления осадка), целостность упаковки.
3. Обработать металлическую крышку флакона спиртовым ватным шариком. Вскрыть пинцетом центральную часть металлической крышки флакона и обработать резиновую пробку, оставив на ней спиртовой ватный шарик.
4. Проверить герметичность упаковки системы, прочесть срок годности.
5. Ножницами вскрыть упаковочный пакет, извлечь систему над стерильным рабочим столом.
6. Найти воздуховод (короткая игла с короткой трубочкой, закрытой фильтром) и ввести иглу в пробку флакона. Свободный конец воздуховода закрепить на флаконе аптечной резинкой.

Примечание: в некоторых системах отверстие для воздуховода находится непосредственно над капельницей. В этом случае нужно только открыть заглушку, закрывающую это отверстие.

7. Снять колпачок с иглы на коротком конце системы, ввести иглу до упора через резиновую пробку во флакон.
8. Закрывать винтовой зажим на системе.
9. Перевернуть флакон и закрепить его на штативе.

10. Снять инъекционную иглу или заглушку с системы и положить её на стерильную поверхность.

11. Если капельница мягкая то, не открывая зажима надавить на неё, выдавливая воздух во флакон, заполнить до тех пор, пока фильтр не будет под раствором.

Примечание: Если капельница жёсткая повернуть её в горизонтальное положение, открыть зажим и медленно заполнить капельницу до половины, закрыть зажим и повернуть капельницу в вертикальное положение – фильтр должен быть полностью заполнен раствором.

Обратите внимание! Если капельница будет полностью заполнена раствором, то не будет видно падающих капель и Вы не сможете их подсчитать.

12. Поднять вторую половину системы вверх, Открыть зажим, и медленно опуская систему, вытеснить из неё воздух до появления раствора из соединительной канюли (подыгольного конуса).

Запомните! Раствор сливается в стерильный лоток, который находится на стерильном столике.

13. Проверить отсутствие пузырьков воздуха в длинной трубке. Закрывать зажим.

14. Подсоединить инъекционную иглу с колпачком к системе и укрепить систему на штативе.

Система заполнена!

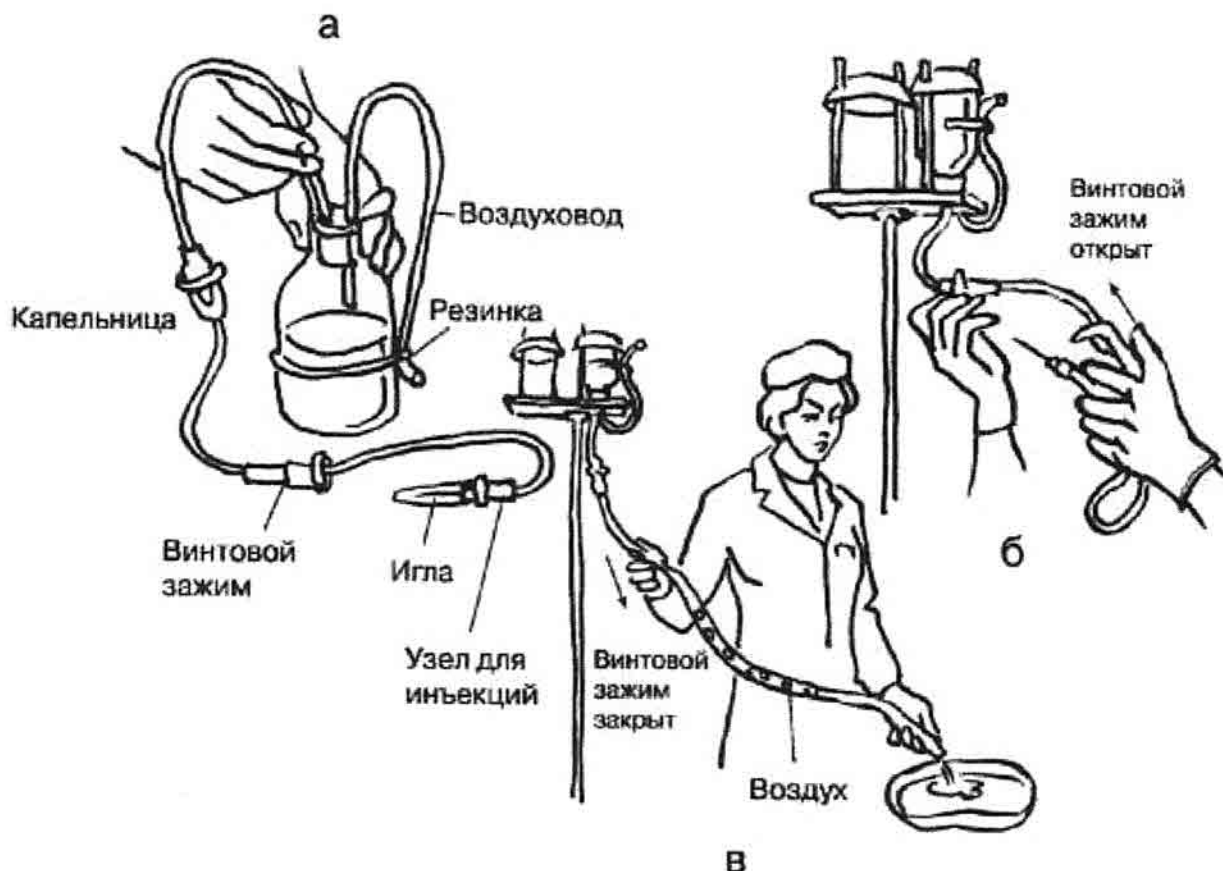


Рис.3 Основные этапы заполнения системы

Внутривенное капельное вливание – алгоритм осуществление процедуры

Подготовка пациента

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА

Перед тем как осуществлять алгоритм подготовки и алгоритм введения жидкости, важно подготовить человека, которому будут осуществляться вливание лекарственных средств, психологически. Чтобы не возникло стрессовой для него ситуации, которая может усложнить ход процедуры, важно объяснить пациенту, в чём состоит смысл и ход предстоящей манипуляции. После этого пациента нужно уложить в удобное горизонтальное положение, в некоторых ситуациях можно и посадить пациента.

Общая подготовка

Оснащение: заполненная система для внутривенных капельных вливаний, жгут, две полоски лейкопластыря шириной 1см, длиной 4 – 5см, стерильные салфетки, спиртовые шарики (спирт 70°), клеенчатая подушечка, перчатки, маска, кожный антисептик, антисептик для перчаток.

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом (если он в сознании)
2. Объяснить цель введения лекарственного раствора пациенту, ход и суть процедуры, получить согласие пациента или его родственников на процедуру

Выполнение манипуляции

Цель: медленно, 40-60 капель в минуту, поступление в кровеносное русло лекарственных растворов.

Показания: восстановление объема циркулирующей крови; нормализация водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния организма; устранение явлений интоксикации; парентеральное питание.

1. Надеть маску, тщательно вымыть руки гигиеническим способом проточной водой с мылом, обработать кожным антисептиком, надеть перчатки, обработать их спиртовым шариком или антисептиком для перчаток.
2. Помочь пациенту занять удобное положение лёжа.
3. Освободить руку пациента от одежды до середины плеча. Рука должна быть максимально разогнута в локтевом суставе, под локоть подложить клеёночную подушечку.
4. Наложить жгут на среднюю треть плеча пациента по правилам:
 - концы жгута должны смотреть вверх;
 - жгут накладывается на плечо через салфетку или одежду;
 - пульс на лучевой артерии должен прощупываться (рука не должна бледнеть или синеть – пережимаются только вены, артерии свободны).

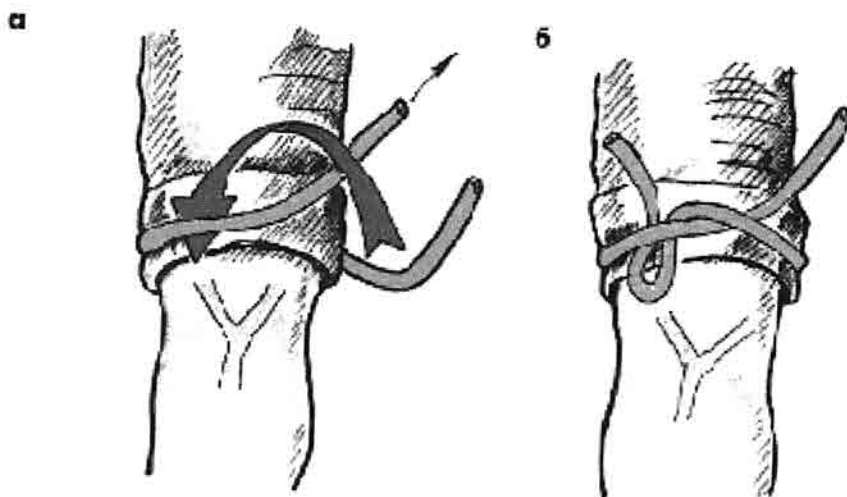


Рис.4 Правильно наложенный жгут

5. Попросить пациента сжать кулак.
6. Прощупать вену и встать по ходу вены.
7. Обработать перчатки антисептиком для перчаток или спиртом.

8. Дважды обработать кожу спиртовыми шариками движениями снизу вверх вначале 10x10см и вторым шариком 5x5см по ходу вены.
9. Снять систему со штатива, снять колпачок с иглы.
10. Открыть зажим и выпустить с иглы остатки воздуха до появления струи раствора.
11. Закрыть зажим.
12. Попросить пациента сильнее сжать кулак и зафиксировать вену первым пальцем левой руки, оттягивая кожу вниз.
13. Держа иглу срезом вверх параллельно вене, под острым углом (15°) к коже проколоть кожу.
14. Продолжая фиксировать вену, слегка изменить направление иглы к вене и осторожно проколоть вену. Возникает ощущение попадания в пустоту (провала).

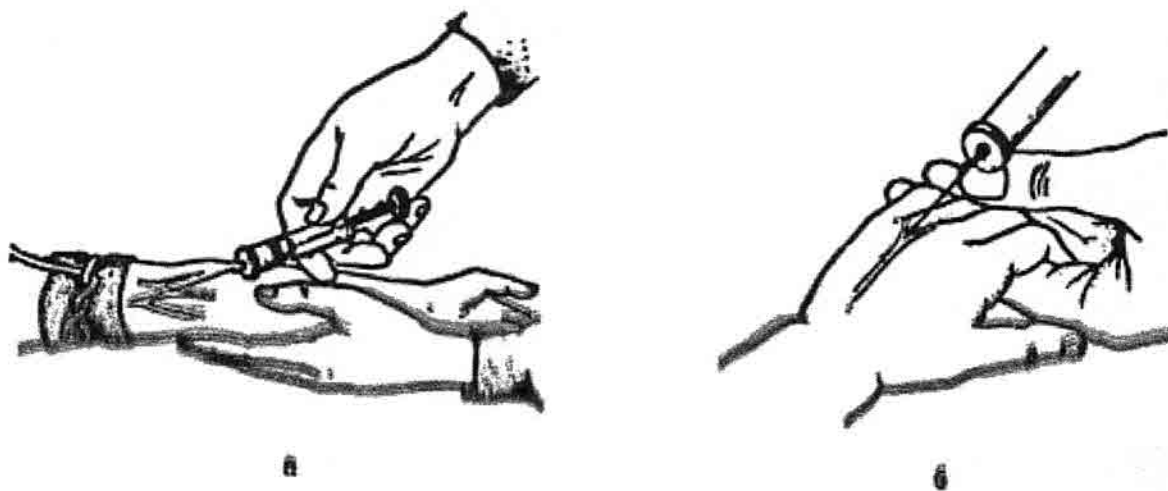


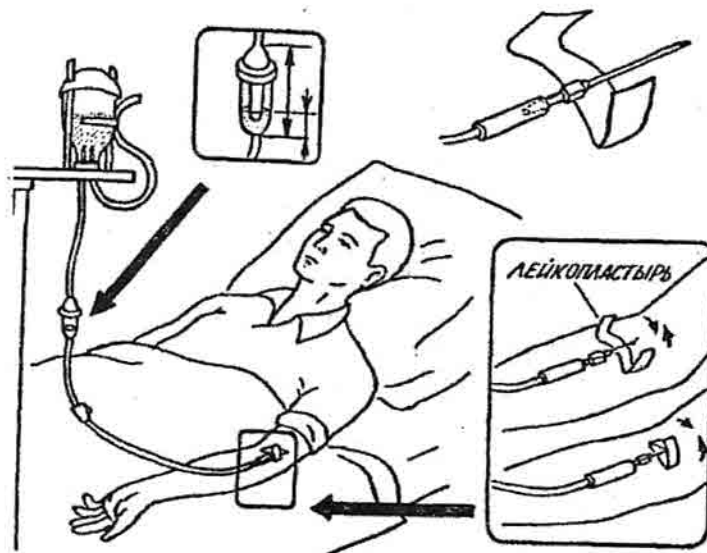
Рис.5 Положение рук медсестры

15. Сжать резиновую трубочку, в канюле должна появиться кровь (игла в вене!).
16. Попросить пациента разжать кулак. Снять жгут.
17. Открыть зажим в системе. Отрегулировать винтовым зажимом частоту капель (по назначению врача).



Рис.6 Регуляция частоты капель

18. Зафиксировать лейкопластырем не менее чем в двух точках (только не на стержне иглы) и прикрыть место прокола стерильной салфеткой.
19. Спросить у пациента о его самочувствии.
20. Наблюдать за самочувствием пациента и за скоростью введения раствора на протяжении всей процедуры.



Капельное вливание

Рис.7 Общая схема капельной системы

21. По окончании процедуры:

- закрыть винтовой зажим;
- снять салфетку, убрать фиксатор;
- прижать спиртовой шарик к месту прокола и осторожно извлечь иглу;
Обратите внимание! К месту инъекции прижимается 3-ий шарик, смоченный 70% спиртом.
- пациент сгибает руку в локте и держит спиртовой шарик в течение 5 – 7 минут;
Обратите внимание! Можно зафиксировать ватный шарик бинтом, если пациенту трудно согнуть руку.
- убедившись, что кровь остановлена, убрать ватный шарик;
- помочь пациенту лечь удобно, поправить постель;
- Использованные ватные шарики и салфетки замочить в дезинфицирующем растворе, систему утилизировать в соответствии с установленными правилами;
- Снять перчатки, вымыть руки;
- Отметить в медицинской карте и в листе назначений о выполненной процедуре.

Если потребуется последовательно ввести растворы из нескольких флаконов, следует:

- приготовить второй флакон (снять металлическую крышку, обработать спиртовым шариком резиновую пробку и закрепить его на штативе);
- когда в первом флаконе останется небольшое количество раствора, закрыть зажим,
- быстро извлечь из флакона воздуховод и ввести во второй флакон,
- также быстро извлечь систему из первого флакона и ввести во второй;
- отрегулировать частоту капель (по назначению врача).

Если во время капельного введения пациенту дополнительно назначают в/в ввести лекарственное средство, то его вводят через «узел для инъекций» – резиновую трубочку перед инъекционной иглой – вводят иглой, с диаметром сечения стержня не более 1,2мм, предварительно обработав трубку спиртовым шариком.

Введение лекарственных средств прямо в венозный сосуд – это современный способ терапии неотложных состояний. По скорости вливания препаратов различают два вида:

- **Капельное.** При таком способе введения необходимый препарат растворяется и далее, с помощью специальной системы, вводится в сосуд. Благодаря тому, что лекарственное средство находится в довольно разведенном виде, вредное воздействие на сосудистую стенку минимально.

- **Струйное.** Этот вид подразделяется на медленное и болюсное введение. Последнее приводит к максимальной концентрации в конце вливания и далее, по прошествии некоторого времени, происходит ее снижение в плазме. Скорость нарастания концентрации при медленном введении существенно ниже

Возможные осложнения:

- обморок;
- заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом;
- аллергические реакции;
- анафилактический шок;
- сепсис;
- коллапс;
- воздушная эмболия;
- некроз;
- пирогенные реакции;
- тромбофлебиты, флебиты;
- гематома, которая образуется при проколе стенки вены. Она может быть умеренно болезненна, но быстро рассасывается при наложении давящей повязки;
- кровотечение из места прокола вены, которое наблюдается при нарушениях свертывания крови. Оно обычно быстро останавливается при наложении давящей повязки. Реже приходится использовать специальные методы остановки кровотечения;
- воспаление тканей и образование инфильтратов в месте инъекции, которые наблюдаются в тех случаях, когда лекарственный раствор попадает в окружающие ткани. Быстрому рассасыванию инфильтратов способствует наложение согревающих компрессов;
- спазм вены;
- ошибочное введение лекарственного средства;
- спонтанный разрыв вены;
- экстравазация;
- облитерация вены.

В целях профилактики осложнений следует особенно внимательно относиться к стерилизации инструментов, обработке рук медицинского работника и кожи больного, а также стерильности вводимых растворов.

Одномоментно струйно можно вводить не более 50-300 мл жидкости в зависимости от массы тела и возраста ребенка. При струйном введении большого количества жидкости может развиться сердечная недостаточность вследствие перегрузки правых отделов сердца.

Для временного прерывания капельного вливания в иглу можно вставить стерильный мандрен или просто пережать катетер. Чтобы сохранить вену для дальнейших вливаний, широко используют канюлю, введенную в катетер (при отсутствии специальных катетеров). На канюлю надевают резиновую трубку длиной 3-4 см, сворачивают ее пополам и завязывают. Создают герметичность и в месте перехода резиновой трубки на канюлю.

Для сохранения проходимости иглы или катетера (предупреждение свертывания крови) делают так называемый гепариновый замок. Смешивают 1 мл гепарина и 9 мл изотонического раствора хлорида натрия, затем через канюлю или иглу вводят 1 мл смеси и пережимают катетер или вводят в иглу мандрен.

Для капельного введения лекарственных средств требуется время, в связи с чем нужна фиксация конечности и обеспечение длительного ее покоя. Фиксация иглы в вене осуществляется следующим образом: под иглу подкладывают стерильный ватный тампон, а сверху она крепится к коже лейкопластырем. Рекомендуется использовать прозрачные пленочные повязки типа «ЗМ Тегадерм», специально разработанные для катетеризации периферических и центральных вен. Пленочные повязки исключают риск возникновения инфекций, связанных с установкой катетера.

Неподвижность конечности придается путем ее иммобилизации в лубке или лонгете, иногда кисть фиксируют к кровати.

Особенности внутривенного введения лекарственных средств у новорожденных

Внутривенные введения должны проводиться медленно (1-2 мл/ мин при одномоментном введении). При капельном вливании необходимо мониторировать уровень вводимого препарата в плазме. Использование внутрисосудистых линий требует тщательного ухода за ними, поскольку при проведении инфузий всегда существует угроза осложнений: инфицирование

катетеров, развитие тромбозов, тромбозов, тромбозов, периферических некрозов, геморрагий и т.п.

Скорость выведения лекарств, как правило, значительно снижена у недоношенных, что требует строгой регламентации доз вводимых препаратов.

Роль медицинского персонала при проведении внутривенного капельного пути введения лекарственных средств

- Проведению внутривенного капельного пути введения лекарственных средств процедурной медицинской сестрой отводится главенствующая роль - роль организатора, ответственного исполнителя, а также контрольная функция.
- Ежедневное, тщательное и неукоснительное соблюдение техники выполнения манипуляции в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу успешного лечения пациентов.
- Процедурная медицинская сестра должна обезопасить как себя, так и пациента от внутрибольничных инфекций, и от инфекций, передающиеся гемо контактным путем.
- Процедурная медицинская сестра обязана владеть навыками внутривенной инъекции, во избежание развития осложнений, таких как гиповолемический шок, интоксикационный синдром, сепсис, воздушная эмболия, некроз и др.
- Медицинская сестра должна выполнять медицинские манипуляции, только с назначения лечащего врача.
- Осуществить введение лекарственных веществ при оказании экстренной помощи
- Обеспечивать введение препаратов, действие которых более эффективно при внутривенном пути введения
- Важная роль – уметь оказать неотложную помощь при развитии осложнений после внутривенной инъекции
- Соблюдения требований техники безопасности при работе с растворами для инфузий, а так же с колющими предметами медицинского назначения
- обеспечить инфекционно-безопасную больничную среду для пациента, его окружения

Собственное исследование

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ВОДКБ» города Волгограда в эндокринологическом отделении.

Детям, страдающими заболеванием нарушение углеводного обмена (Сахарный диабет), назначается внутривенная инфузионная терапия при критических состояниях (гипогликемия, а так же при обеспечении парентерального питания детей, переведенных с отделения реанимации и интенсивной терапии).

Внутривенное введение препаратов при лечении сахарного диабета чаще всего используется при неотложных состояниях, при которых скорость восстановления уровня глюкозы в крови определяется жизненными показаниями.

Такие угрожающие жизни ситуации возникают при гипогликемической, кетоацидотической, гиперосмолярной коме. Капельницы при сахарном диабете назначаются также при предоперационной подготовке, для парентерального питания в реанимационных отделениях.

Используют инфузионную терапию для профилактики и лечения сосудистых осложнений сахарного диабета – полинейропатии, ретинопатии, атеросклеротических изменений сосудистой стенки, предотвращения тромбирования, различных видов ангиопатии.

В детском эндокринном отделении назначаются препараты для инфузионной терапии:

1. Применяемые при гипогликемических состояниях:

- 5% раствор глюкозы в объемах 100, 250, 500 мл
- 0,9% раствор изотонического раствора

2. Капельное введение препаратов для лечения кетоацидоза:

- Раствор Рингера-Локка
- Панангин или Аспаркам
- Натрия гидрокарбонат 2,5% раствор (только при значительном ацидозе)
- Полиглюкин
- Инсулин в вену или внутримышечно от 10 до 20 ед. Далее применяют систему с инсулином (0,1 ед на 1 кг массы пациента или от 5 до 10 ед. в 60 мин.)

- Физиологический раствор от 5 до 10 мл на 1 кг массы тела на протяжении от 1 до 3 часов;
- Глюкоза 5% и хлорид натрия (раствор 0,45%), когда уровень сахара в организме понижается до 16 ммоль/л.

На фоне недостатка инсулина у больных развивается состояние, при котором значительно повышается уровень глюкозы в крови, и в связи с этим нарастает дегидратация, увеличение содержания кетоновых тел.

Токсическое действие кетонов нарушает работу центральной нервной системы, функций почек и печени, что определяет тяжесть общего состояния больных и требует проведения срочного стационарного лечения.

3. Применяемые при гиперосмолярной коме:

- при понижении артериального давления: хлорид натрия (раствор 0,9%) с глюкозой (раствор 5%) в объеме от 100 до 2000 мл
- на протяжении первых 60 мин. капельно вводят 5% раствор глюкозы в объемах от 1000 до 1500 мл с последующим уменьшением в течение двух часов от 500 до 1000 мл, далее – от 300 до 500 мл

4. Препараты для парентерального питания, применяемые при сахарном диабете:

- раствор Глюксил - главными действующими веществами в этом препарате являются глюкоза и ксилит
- Аминол

Техника проведения внутривенного капельного введения лекарственных средств полностью соответствует манипуляционному алгоритму и выполняется в полном объеме, что обеспечивает высокое качество выполняемой манипуляции.

Выводы

Внутривенное капельное вливание – это процесс, который не терпит ошибок и неточностей. Всё должно быть сделано правильно, в соответствии с алгоритмом выполнения, тогда результат введения лекарственных средств будет эффективным.

В детском эндокринологическом отделении ГБУЗ «ВОДКБ» внутривенный способ введения лекарственных средств играет немаловажную, а зачастую и главенствующую роль по сравнению с другими манипуляциями и процедурами. Выбор данного способа введения лекарственных средств определяется общим состоянием и тяжестью болезни ребенка. Часто к назначению инфузий врачи прибегают в результате развития неотложных состояний ребенка, имеющего заболевания эндокринологического профиля, таких как гипогликемия, кетоацидоз, гиперосмолярная кома, требующие немедленной медикаментозной помощи. В результате проведенных врачебно-сестринских манипуляций общее состояние ребенка улучшается, что свидетельствует об эффективности и целесообразности проведения данной терапии.

Список литературы

- 1.«Стандарты и технологии практической деятельности», (Методические рекомендации профессиональной деятельности медицинской сестры процедурной) / О.В. Стрельченко, Е.Ю. Орлова, А.А. Белых / под общей редакцией О.В. Стрельченко/ Новосибирск, 2013. – 82 с.
2. Мухина С.А., Тарновская И.И. М 94 Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" . Учебное пособие. - М.: Родник, 2014- 352 с.
3. Основы сестринского дела : учеб. для студ. сред. проф. 0-753 учеб. заведений / [И. Х. Аббясов, С. И. Двойников, Л. А. Карасева и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. — М. : Издательский центр «Академия», 2015. — 336 с.
- 4.Тоблер, Р. Основные медсестринские процедуры / Р. Тоблер. - М. : Медицина, 2014 - 320 с.
5. Туркина, Н.В. Общий уход за больными : учебник / Н.В. Туркина, А.Б. Филенко. - М. : Товарищество научных изданий КМК, 2016. - 550 с.
6. Справочник медицинской сестры / под рук. И.А. Бережновой ; под ред. Ю.Ю. Елисеева. - М. : ЭКСМО-ПРЕСС, 2017 - 896 с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник процедурной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 3 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

3 группы

Тонгарова Анастасия Валерьевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:  В.В. Самохвалова