

ЧАСТЬ I

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лекция № 1

История ухода за хирургическими больными. Медицинская этика и деонтология в хирургии. Понятие о ятрогении

Уход за больными в хирургической клинике – это комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение физиологических потребностей и обеспечения личной гигиены больного и окружающей его среды в стационаре, которые больной не в состоянии обеспечить сам в силу заболевания.

Уход за больными является неотъемлемой составной частью лечебного процесса.

Лечебный процесс - комплекс организационных, диагностических и лечебных мероприятий, целью которых является излечение больного.

К организации ухода за больными может быть *два вида подходов*:

1. Репродуктивный (исполнительный)
2. Креативный (творческий)

Исполнительное начало, слепое, бездумное выполнение распоряжений без учёта индивидуальных особенностей пациента при осуществлении мероприятий по уходу может повлечь за собой нежелательные последствия, и даже неблагоприятный исход лечебного процесса. Только творческий, научно-обоснованный подход при организации и проведении ухода за больными делает его наиболее эффективным.

Особенности ухода в хирургии:

- тяжёлый контингент больных;
- высокая интенсивность и напряжённость работы мед. персонала;
- необходимость выполнения сложных манипуляций;

- высокая степень ответственности.

Общий уход за хирургическими больными включает:

- выполнение врачебных назначений (раздача медикаментов, проведение инъекций, перевязок, постановка банок, горчичников);
- проведение мероприятий личной гигиены пациента (умывание больных, профилактика пролежней, смена белья);
- профилактика внутрибольничной инфекции и гигиена окружающей среды в хирургическом стационаре (УФО, проветривание, уборка палат);
- организация питания и кормление больных;
- проведение санитарно-просветительной работы.

Основные исторические этапы становления ухода за больными как важнейшей составляющей лечебного процесса

Уже на заре медицины особое внимание уделялось вопросам ухода за больными. Гиппократ указывал на необходимость содержания в чистоте тела страждущего и его ложа.

В древней Руси уход, который осуществлялся монахами в богадельнях, создаваемых при монастырях, являлся основным методом лечения больных и прокажённых.

В 1618 году при Троицком монастыре в Сергиевом посаде была организована первая больница, в которой практиковали гражданские врачи, а монахи ведали вопросами ухода.

Реформы Петра I

Указом Петра I в 1728 году, была организована Медицинская коллегия, по распоряжению которой были созданы госпитали для лечения раненых и больных и введены штатные единицы для гражданских лиц (женщин) по уходу за больными. В 1735 г. в "Генеральном о госпиталях регламенте" (Полное собрание законов Российской империи, 1830. т.9) было записано: "Работниц иметь в госпиталях для мытья платья и всего белья больных по

болезням. Для надзора над бельем и над работницами иметь во всяком госпитале по одной надзирательнице и по одной помощнице из старых вдов или добрых замужних жен, которые похвалу на себе носят доброго состояния, и в сем параграфе помянутых работниц держат в крепком призрении, чтобы ни единая из них могла сходства иметь и разговаривать с молодыми холостыми лекарями и учениками, так и с больными или с караульными солдатами или с надзирателями и накрепко смотреть, чтобы, кроме помянутых, другие женщины (какого бы звания они ни были) в госпиталь не входили..." Кроме надзора за работницами, в обязанность "старицы" и ее помощницы входило "смотреть за чистотой палат и белья больных".

Попытки создать женскую службу в госпиталях носили временный характер и не получили устойчивого развития. Во многом эта инертность объясняется тем фактом, что после смерти Петра I в 1725 году к власти пришли противники его реформ. Понятие "женская служба в военных госпиталях" продолжало существовать в государственных Указах и госпитальных регламентах, но на практике оно было почти забыто.

«Сердобольные вдовы»

В 1803 году по инициативе императрицы Марии Федоровны при Воспитательных домах в Петербурге и Москве были учреждены так называемые "Вдовьи дома" - приюты для бедных вдов, оставшихся без средства к существованию. Для ухода за престарелыми и больными была набрана особая группа женщин из числа вдов, которые уже проработали в других благотворительных учреждениях императрицы не менее 15 лет. Женщины получили особое название - "сердобольные вдовы". В разные годы во Вдовьих домах содержалось разное количество пациентов. Но, как правило, всегда на одну сердобольную вдову приходилось около десяти призреваемых.

Очень скоро организаторы Вдовьих домов осознали, что труд

сердобольных вдов можно применить не только в уходе за престарелыми постояльцами Вдовьего дома, но и в больнице. Так, при Московском Вдовьем доме была специально построена и в 1806 году открыта Больница для бедных. С этих пор "больные всякого состояния, пола и возраста, всякой нации, бедные и неимущие (а не только престарелые вдовы) могли получать надзор сердобольных вдов". С одной стороны сердобольные вдовы продолжали выполнять свои основные обязанности по уходу за престарелыми обитательницами Вдовьего дома, с другой стороны - получили возможность ухаживать за больными в больнице и на дому и получать за свой труд плату.

В 1813 году при Петербургском вдовьем доме было принято решение привлечь вдов для присмотра за больными в Мариинской больнице. Женщины должны были наблюдать за благоустройством в палатах, за порядком в раздаче больным пищи и лекарств, за чистотой и опрятностью больных, их постелей и белья, за поведением больных и посетителей. Доктора и лекари должны были давать вдовам необходимые наставления по уходу за больными. «Сердобольные вдовы» должны были осваивать некоторые медицинские приёмы, чтобы в случае необходимости самим оказывать помощь больным. В 1818 году институт «Сердобольных вдов» приобрёл официальный статус (государственная служба сиделок) и до середины 19 века оставался единственной формой профессионального ухода за больными в России.

Первое руководство по уходу

В 1822 году в Москве опубликовано первое в России руководство по уходу за больными: "Руководство и правила, как ходить за больными...." Автор руководства - главный врач Московской больницы для бедных Христофор фон Опель, который по праву считается основателем научной базы сестринского дела в России. В своей работе он писал: "...многие больные единственно от того только умирают, что не имели надлежащего

присмотра". С точки зрения современности, это руководство содержит не только медицинские знания по уходу за больными, но и формирует профессиональную философию, на которой базируется сестринское дело.

Появление в России сестёр милосердия

В 1844 году в Санкт-Петербурге по инициативе великой княгини Александры Николаевны и принцессы Терезы Ольденбургской была основана первая в России Свято-Троицкая община сестер милосердия. В общине не только ухаживали, воспитывали, но и обучали сестер милосердия гигиеническим правилам ухода за больными и некоторым лечебным процедурам. По Уставу сестры милосердия не должны были иметь ни собственной одежды, ни мебели, ни собственных денег. «Все, что может за свои услуги сестра получить подарками или деньгами - говорилось в Уставе, - принадлежит общине. Если имелись нарушения, сестра подлежала исключению из общины, но таких случаев в истории общины не отмечено.

Во время Крымской войны (1853-1856 гг.) великая княгиня Александра Николаевна становится одной из основательниц Крестовоздвиженской общины сестер милосердия – предшественницей Русского общества Красного Креста. Главным местом самоотверженной работы сестер Общины был осажденный Севастополь. Опыт работы сестер милосердия в период Крымской войны показал следующее: сестры должны уметь создавать условия для выздоровления и предотвращения болезней ("оказывать услуги для выздоровления"); знать признаки "перемен в болезни", уметь оценивать их и при внезапных "переменах" оказывать помощь; знать не только название лекарств, но и их действие и осложнения, которые они могут вызвать: уметь вести записи, в которой фиксируются "перемены" в состоянии больных и раненых, замечания и предложения по уходу за ними. А для этого им были необходимы специальные знания. Поэтому с 1867 года на базе Российского общества Красного Креста организованы школы сестёр милосердия. Обучение велось в течение 1,5 - 2 лет. Курс состоял из теоретического и

практического раздела. Преподавание велось частью в собственных учреждениях Красного Креста, частью в военных госпиталях, городских и земских больницах, частных лечебницах. Сестры изучали анатомию, физиологию, общую и частную патологию, десмургию и учение об асептике, получали сведения об эпидемиологии, фармации и рецептурных правилах. Их знакомили с проявлениями нервных, психических, кожных и венерических заболеваний, учили основам оказания помощи тяжёлыми и умирающим больными. Практический курс был посвящен общему уходу и уходу за хирургическими больными, основным способам перевязки ран, операциям малой хирургии, оспопрививанию. На практическую подготовку обращалось особое внимание: в течение всего курса обучения ученицы должны были осваивать необходимые практические навыки в лечебных учреждениях общины под наблюдением опытных сестер. Их назначали также на дежурства в больницы - в палаты и операционные, в амбулатории для помощи врачам, в аптеку для обучения приготовления лекарств. По окончании курса сестры сдавали экзамен и переходили на права испытуемых, в качестве которых они должны были прослужить в общине 2 года, после чего получали свидетельство о присвоении звания сестры милосердия.

Развитие сестринского ухода в России после революции и в годы Великой Отечественной Войны

После революции в России существовало 109 общин и около 10000 сестер милосердия. Общество Красного Креста после революции претерпело ликвидацию, а возрождено в 1925 году. В 1926 г. сестер милосердия стали называть медицинскими сестрами, в 1927 г. были созданы первые санитарные дружины, а, начиная с 1928 г., стала проводиться систематическая подготовка медицинских сестёр.

В период Великой Отечественной войны потребность в медицинских кадрах для нужд фронта и тыла резко возросла, поэтому Народным комиссариатом здравоохранения СССР были приняты меры по ускоренной

подготовке специалистов со средним медицинским образованием. Только за первые 6 месяцев войны Обществом Красного Креста было подготовлено 106 тыс. медсестер и 100 тыс. сандружинниц. А за весь период войны организации Красного Креста подготовили более 280 тыс. медицинских сестер, около 500 тыс. сандружинниц и 36 тыс. санитарок.

Опыт Великой Отечественной войны продемонстрировал, что младший и средний медицинский персонал в интересах больных и раненых выполнял ряд врачебных функций. Медицинские сестры и сандружинницы находились ближе к больным и раненым, зачастую на переднем крае боевых действий. Поэтому не случайно среди медицинских работников, удостоенных высшей правительственной награды - звания Героя Советского Союза, было больше медицинских сестер, чем врачей. Многие санитары и санитарные инструктора были удостоены высшей солдатской награды - ордена Славы, а орденами Славы всех трех степеней были награждены 18 медицинских работников.

Современный этап развития ухода за больными

В 1963 г. был окончательно решен вопрос о целесообразности открытия медицинских училищ при крупных многопрофильных больницах, являющихся одновременно клиническими базами высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских институтов страны. Это позволило приблизить обучение медицинских сестер к месту их будущей работы. В этом же году стали создаваться курсы повышения квалификации для средних медицинских работников при крупных лечебно-профилактических учреждениях.

В настоящее время в клиническую практику активно внедряются новые высокотехнологичные методы оказания медицинской помощи. В современной медицине квалифицированный уход за пациентами рассматривается как многоплановый процесс, в котором, наряду с младшим медицинским персоналом, задействованы и медицинские сестры, и врачи, и

организаторы здравоохранения. Поэтому изучение теоретических основ и практических навыков ухода за больными включено в базовые курсы профессиональной подготовки в средних и высших специальных образовательных учреждениях. На базе ряда медицинских институтов открыты факультеты по подготовке сестёр с высшим образованием. Разработана федеральная программа мероприятий по повышению эффективности ухода за больными. Созданы специализированные лечебные учреждения - хосписы для ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями. На предприятиях медицинской промышленности разрабатываются и внедряются в практику новые средства и оборудование, которые позволяют упростить и повысить эффективность ухода за больными (противопрележневые матрасы, многофункциональные кровати, каталки и т.д.). Принят «Кодекс медицинской сестры», регламентирующий этические и деонтологические аспекты взаимодействия участников лечебного процесса с пациентом и его родственниками.

Медицинская этика и деонтология

Термин «этика» впервые был предложен Аристотелем для обозначения науки о человеческой морали и нравственности.

Понятие о деонтологии (греч. deontos - долг, должное и logos - учение) разработал английский философ Бентам в XVIII веке.

Медицинская этика и деонтология – определяют совокупность принципов регулирования норм поведения медицинских работников, обусловленных спецификой их деятельности, и рассматривает взаимоотношения медицинского работника с коллегами, больными и их родственниками.

Для осуществления этих принципов необходимы следующие условия:

- чувство долга,
- призвание к своей профессии,

- постоянное совершенствование знаний.

Медицинский работник должен расположить к себе больного, внушить ему веру в выздоровление. Гиппократ говорил: *«Все что надо делать, делай спокойно и умело... Больного надо, когда следует, ободрить дружески, веселым учтивым словом. В случае необходимости твердо и строго отклонять его требования, в другом случае окружить больного любовью и утешением».*

Основные деонтологические аспекты:

- рациональная организация рабочего процесса;
- взаимодействие с пациентом;
- взаимоотношения с родственниками пациента;
- взаимодействие с коллегами;
- соблюдение врачебной тайны.

Организация рабочего процесса медицинским персоналом:

- внешний вид медицинского персонала (наличие сменной обуви; халат должен быть чистым и выглаженным; ногти должны быть коротко подстриженными; волосы должны быть заправлены под шапочку);
- внешний облик структурного подразделения (отделения, кабинета, процедурной и т. д.);
- высокий профессионализм в исполнении должностных обязанностей;
- соблюдение лечебно-охранительного режима.

Очень важна общая атмосфера в отделении. Если больной видит спокойно и четко работающий медицинский персонал, он проникается уверенностью, что находится в надежных руках и успокаивается. Если же больной видит не только высококвалифицированных специалистов, но и доброжелательных, сердечных людей, проявляющих к нему участие, у него проявляется особое доверие к персоналу и налаживается полный контакт с ним, что обеспечивает хорошие результаты лечения.

Стратегия общения с больным:

Важнейшими и необходимыми условиями взаимоотношения с пациентами должны быть:

- открытость;
- уважение;
- отсутствие предвзятого отношения (не должно быть личных мотивов);
- честность.

И в то же время чрезмерная болтливость, а также небрежность в хранении медицинской документации могут нанести непоправимый вред больному

В лечении больного высоко оценивается роль **слова**. Иногда медицинские работники допускают в присутствии больного высказывания, которые приводят к ятрогении – заболеванию, вызванному неправильно истолкованными больным словами или поведением медицинского персонала. К причинам ятрогенных заболеваний относятся недостаток общей и медицинской культуры, торопливость, сообщение больному неблагоприятного диагноза, прогноза болезни, результатов исследования. Особенно осторожно нужно отвечать на вопросы онкологического больного: нельзя выражать сожаление по поводу запущенности болезни и трудности ее излечения. У постели умирающего больного, даже находящегося в бессознательном состоянии, нельзя высказываться о неблагоприятном прогнозе заболевания, т. к. находящиеся рядом больные могут принять ее слова на свой счет. Нужно всегда помнить, что слово не только лечит, но и ранит.

Взаимоотношения с родственниками пациента:

- доступность (готовность в любой ситуации поговорить с родственниками);
- сдержанность (отсутствие эмоциональной окраски беседы);
- соблюдение интересов больного;
- организация помощи родственникам пациентов.

Принципы взаимодействия с коллегами:

- доверие;
- уважение (отсутствие скепсиса и нездоровой критики);
- дисциплина и субординация;
- консультации с коллегами.

Основным аспектом медицинской деонтологии являются взаимоотношения медика и больного. Больной во многом качественно отличается от здорового человека. От медицинских работников требуются такие человеческие качества, как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота и внимание, которые должны подкрепляться образованием и высоким профессионализмом.

Соблюдение врачебной тайны:

- медработники не имеют права разглашать сведения о больном глубоко личного, интимного характера;
- медработники обязаны немедленно информировать соответствующие организации о полученных сведениях в случаях, представляющих опасность для других людей (инфекционные, венерические заболевания, ВИЧ-инфицирование, отравления и др.).

Понятие о ятрогении

Ятрогенные заболевания (греч. jatos - врач, genes - порождаемый), или ятрогения, - заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медработников, которые неблагоприятно воздействовали на психику больного и дальнейшее его выздоровление.

Выделяют ятрогению:

- психогенную (в результате словесного контакта с медперсоналом);
- фармакогенную (в результате медикаментозного воздействия);
- манипуляционную (в результате обследования);
- комбинированную (в результате воздействия нескольких факторов);
- немую (в результате бездействия медработника).

Законодательные основы охраны здоровья граждан России

В процессе ухода за больными в деятельности медработников могут иметь место ошибки, возникающие в результате заблуждения и недостаточности опыта, или же обусловленные редко встречающимися формами заболевания. Любой медицинский работник, соблюдая морально-этические нормы, должен не только знать и выполнять свои обязанности, но и иметь представление о той ответственности, которую он несет за уклонение или ненадлежащее выполнение своих обязанностей.

Ошибки в медицинской практике необходимо отделять от медицинских правонарушений, связанных не с заблуждениями, а с недобросовестным отношением к своим профессиональным обязанностям.

К медицинским правонарушениям относятся:

- неоказание больному помощи без уважительных причин (ст. 124 Уголовного кодекса РФ);
- нарушение правил хранения и учета ядовитых, сильнодействующих и наркотических средств (ст. 6.8 Кодекса РФ об административных правонарушениях);
- неправильное введение лекарственных препаратов.

Юридическая ответственность медработников за причинение вреда здоровью граждан регламентирована «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993 г). В зависимости от вида и тяжести совершенных правонарушений медицинский работник подвергается административным взысканиям (выговор, строгий выговор, перевод на менее оплачиваемую работу и т.д.) или же привлекается к ответственности в соответствии с законодательством.

Лекция № 2

Внутрибольничная инфекция в хирургии. Гигиена медицинского персонала. Организационная структура хирургического стационара как основа профилактики внутрибольничной инфекции

Внутрибольничная инфекция – это клинически распознаваемое инфекционное заболевание или инфекционное осложнение, возникновение которого обусловлено нахождением пациента в стационаре.

Как правило, развитие госпитальной инфекции обусловлено определёнными видами микроорганизмов, характерных для данного стационара. Предупреждение внутрибольничной инфекции - одна из основных целей и отличительных особенностей ухода за хирургическими больными.

Примеры внутрибольничной инфекции:

- постинъекционный абсцесс
- нагноение послеоперационной раны

Основные пути распространения инфекции в стационаре:

- воздушно-капельный;
- контактный;
- имплантационный.

Профилактика воздушно-капельного пути распространения инфекции осуществляется совокупностью организационных мероприятий, направленных на предупреждение распространения патогенных возбудителей в лечебном учреждении.

Комплекс организационных мероприятий по предупреждению воздушно-капельного пути распространения инфекции включает:

- проведение гигиенических мероприятий среди медицинского персонала;
- организацию работы хирургического стационара;
- обеспечение ухода за больным.

Основы гигиены медицинского персонала.

Соблюдение медицинским персоналом правил личной гигиены преследует следующие *цели*:

1. защита медицинского персонала от внутрибольничной инфекции;
2. защита больного от передачи ему инфекции;
3. защита людей, контактирующих с медперсоналом вне больницы, от внутрибольничной инфекции.

Гигиена тела медицинского персонала

- ежедневный душ (желательно 2 раза в день);
- аккуратная причёска. Следует избегать пышных причёсок, при которых волосы во время работы выбиваются из-под шапочки или косынки;
- уход за слизистой полости рта. Регулярное посещение стоматолога;
- уход за руками.

Обработка кожи рук медицинским персоналом:

Различают 3 уровня обработки:

1-й уровень – *бытовой*: Применяется до и после любой манипуляции по уходу пациентом. Руки моют под проточной водой двукратным намыливанием.

2-й уровень – *гигиенический*: Применяется перед выполнением инвазивных процедур. Используются кожные антисептики, 70%-й спирт или спиртовой раствор биглюконата хлоргексидина.

3-й уровень – *хирургический*, применяют его перед выполнением операций (эта тема разбирается на 3 курсе).

Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком следует проводить в следующих случаях (постановление Федеральной службы по надзору и главного государственного санитарного врача РФ от 13.02.2009 г., № 9):

- перед непосредственным контактом с пациентом (осмотр, измерение АД, переключивание больного);
- перед выполнением инъекций;
- перед и после постановки мочевых катетеров;
- после контакта с выделениями, слизистыми оболочками, повязками.

Обработку рук антисептиком проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами.

Медицинскому персоналу, подобно музыканту, необходимо беречь руки. На них не должно быть ссадин и царапин, не рекомендуется работать с землей или выполнять другую грязную работу без перчаток. Ногти должны быть коротко острижены.

Гигиена одежды

Этические требования:

На работу нельзя приходить в спортивной, походной форме. Совершенно недопустимо ношение экстравагантной одежды. Соблюдение умеренности в одежде – гарантия симпатии и доверия пациента к персоналу.

Гигиенические требования к одежде:

- В хирургических стационарах недопустимо ношение одежды из шерстяных тканей и трикотажа.
- Обувь следует выбирать из легко моющегося материала, лёгкую, удобную, не стесняющую ногу, на среднем или низком каблуке.
- Специальная одежда медицинского персонала состоит из халата, и головного убора. Ткань, из которой изготовлена спецодежда, должна легко стираться.
- Длина халата должна быть чуть выше колена, но не короче платья.
- Медицинскую шапочку следует надевать так, чтобы волосы были

полностью закрыты.

Для работы в операционной, перевязочной, процедурной существует специальная одежда – хирургический костюм. Кроме костюма необходимо ношение четырехслойной марлевой маски, которая должна закрывать нос и рот. При входе в операционную на ноги надеваются бахилы.

Скромность в употреблении косметики и ношении различных украшений диктуется самим характером деятельности медицинского персонала. Обилие украшений вызывает негативные эмоции у больных. Кроме того, украшения не позволяют полностью очищать и отмывать руки от загрязнений, поэтому во время работы их следует снимать и хранить в специально отведенном месте. Духи или одеколон можно употреблять в очень умеренных количествах, и только те, которые обладают нерезким запахом.

Профилактические мероприятия, проводимые среди медицинского персонала:

Один раз в 3 месяца персонал операционного блока проходит обследование на носительство стафилококка в носоглотке. При выявлении бактерионосителей среди медработников их отстраняют от работы для проведения санации и получения отрицательного результата посева со слизистой оболочки носоглотки.

Ежегодно проводится исследование крови:

- RW (реакция Вассермана) – выявление сифилиса;
- на антитела к вирусу иммунодефицита человека (форма 50);
- на носительство антигенов гепатита С и В.

С целью профилактики гриппа и вирусного гепатита проводятся соответствующие прививки.

Два раза в год медицинский персонал проходит медицинские осмотры

у специалистов различного профиля (терапевт, невропатолог, окулист, ЛОР, гинеколог) с целью выявления и своевременного лечения инфекционных заболеваний.

Правила работы с биологическими материалами:

Все манипуляции, при которых возможен контакт с кровью должны выполняться в перчатках!!! Это касается забора крови, инъекций, постановки капельниц, исследований крови в лаборатории, заведения зонда, катетеризации мочевого пузыря.

Кроме того, существует перечень определенных мер техники безопасности (приказ № 86 от 30.08.1889 г. МЗ СССР):

- не принимать участия в работе с больными при наличии ссадин на коже рук или поверхностных дефектов кожи;
- ношение специальных масок (очков) во время операции;
- при попадании на кожу каких-либо жидкостей больного необходимо провести обработку антисептиками согласно инструкции (снять перчатки, обработать кожу антисептиком, двукратно вымыть руки с мылом под теплой проточной водой, вытереть салфеткой, повторно обработать кожу антисептиком);
- при попадании биологической жидкости на слизистые оболочки глаз промыть глаза дезинфицирующим раствором;
- при попадании биологических жидкостей на столы, микроскопы, инструменты их поверхность обязательно подлежит дезинфекции.

В случае травмы (укола) использованными инструментами необходимо:

- быстро снять перчатки;
- выдавить кровь из места укола;
- обработать руки кожным антисептиком;
- место укола, дважды обработать спиртовым р-ром хлоргексидина;
- закрыть место укола асептической повязкой;

- сообщить администрации о случившемся и сделать запись в журнале «Учета аварийных ситуаций сотрудников».

Экстренное обеззараживание проводится средствами из аварийной аптечки («АнтиСПИД»).

Организация работы хирургического стационара

Основная задача хирургического стационара заключается в организации квалифицированной и специализированной помощи хирургическим больным.

Структурные подразделения хирургического стационара:

- приемное отделение
- хирургические отделения (чистое и гнойное)
- диагностическое отделение (лабораторная и инструментальная диагностика)
- операционное отделение
- отделение анестезиологии и интенсивной терапии
- пищеблок
- патологоанатомическое отделение
- административный отдел

Приемное отделение

Существуют централизованный и децентрализованный принципы структурной организации приемного отделения.

При любой структуре в приемном отделении выделяют три комплекса помещений:

- общие (вестибюль-ожидальня, регистратура-справочная, выписная, кладовая, туалеты, комната персонала и др.);

- лечебно-диагностические (смотровые, процедурные и перевязочные, экспресс-лаборатория, рентгеновский кабинет, диагностические палаты и др.);
- санитарный пропускник.

Задачи приёмного отделения: регистрация, первичная диагностика и сортировка больных, оказание им первой врачебной и квалифицированной помощи, санитарная обработка больных.

Диагностика и сортировка:

- установление диагноза при поступлении;
- распределение пациентов на «чистых» и «гнойных»;
- распределение пациентов на «плановых» и «экстренных».

Плановые больные:

- оказание первой врачебной помощи (по показаниям);
- распределение пациентов по профильным отделениям стационара;
- санитарная обработка больных (как правило, полная).

Экстренные больные:

- сортировка пациентов по степени тяжести (удовлетворительное состояние, средней степени тяжести, тяжёлое, предагональное состояние);
- оказание первой врачебной и квалифицированной помощи (по показаниям);
- решение тактических вопросов и распределение пациентов по профильным отделениям стационара;
- санитарная обработка больных (полная или частичная).

Хирургическое отделение

Задачи хирургического отделения: проведение предоперационного и раннего послеоперационного периода у хирургических больных.

Структурные подразделения хирургического отделения:

- палаты (дооперационные и послеоперационные);
- процедурные (для в/м инъекций и для в/в инъекций);
- перевязочные (в гнойном хирургическом отделении их две – чистая и гнойная);
- малая процедурная (клизменная);
- душевая;
- кабинеты старшей сестры и заведующего отделением, ординаторская, комната отдыха мед персонала;
- буфет (раздатка) и столовая.

Гигиена окружающей среды в хирургическом отделении:

- ежедневная влажная уборка палат;
- генеральная уборка палат не реже одного раза в 10 дней;
- проветривание палат и кварцевание палат проводится два раза в день после ежедневной уборки палат, а при объявлении в отделении карантинного режима - шесть раз в день.

Санитарная уборка перевязочных и процедурных кабинетов

Ежедневная влажная уборка:

- предварительная;
- текущая;
- заключительная.

Генеральная уборка с мытьём всех поверхностей дезинфицирующими растворами проводится не реже одного раза в неделю.

Операционное отделение

Задачи операционного отделения: обеспечение оперативной (хирургической работы) отделений хирургического стационара.

В структуре любого операционного отделения должны быть плановые (чистые и гнойные) и экстренные (чистые и гнойные) операционные.

Различают централизованный и децентрализованный принципы

структурной организации работы операционного отделения.

Централизованный принцип – один операционный блок.

Он располагается, как правило, отдельно от других структур хирургического стационара, иногда в отдельно стоящем здании.

Преимущества – надёжная профилактика попадания инфекции извне.

Недостатки - трудности при транспортировке больных.

Децентрализованный принцип – несколько операционных блоков различной функциональной направленности. В структуре каждого из этих блоков должны быть чистые и гнойные операционные. Такой принцип организации используется в крупных многопрофильных больницах. Операционные блоки располагаются в непосредственной близости от отделений, работу которых они обеспечивают.

Преимущества – удобная транспортировка больных.

Недостатки - большая вероятность попадания инфекции.

Операционный блок отделяется от других помещений тамбуром, за пределы которого сотрудники могут проходить только после выполнения определенных требований. Двери в операционном блоке держат постоянно закрытыми.

Операционный блок состоит из ряда подразделений – **зон с определённым режимом:**

- 1) зона общего режима (кабинет заведующего ОБ, кабинет старшей медсестры, комнаты отдыха мед. персонала);
- 2) зона ограниченного режима – помещения для хранения аппаратуры, чистого операционного белья, кислородная, душевые;
- 3) зона строгого режима (зона относительной стерильности) представлена предоперационной, моечной и наркозной;
- 4) стерильная зона, в которую входят операционные залы

Особый режим операционного блока строится исходя из того, что главным источником микрофлоры, проникающей в операционный блок,

является человек, а поэтому чем меньше людей будет находиться в блоке, тем меньше загрязнение.

Площадь операционного зала должна быть не меньше 40 м² на один операционный стол.

Основное оборудование операционного блока:

- операционный стол;
- лампа бестеневая потолочная и передвижные светильники;
- наркозный аппарат, наркозный стол (анестезиологический набор, медикаменты);
- большой инструментальный стол;
- передвижной инструментальный стол;
- биксы на подставках, снабженные педальными устройствами;
- настенные или потолочные бактерицидные лампы;
- хирургический инструментарий, аппарат для электрокоагуляции рентгеновский аппарат и др.

Плановые операции проводятся днем. Экстренные операции проводятся круглосуточно.

Санитарная уборка операционных

Существует *два типа* уборки операционных:

Ежедневная, которая включает в себя несколько видов уборки:

- предварительная влажная уборка горизонтальных поверхностей;
- текущая уборка помещения операционной во время операции;
- послеоперационная – операционную готовят к следующей операции;
- заключительная – в конце рабочего дня.

Генеральная – не реже 1 раза в неделю. Все поверхности операционной обрабатывается дезинфицирующими растворами; после двухчасовой экспозиции проводят влажную обработку всех поверхностей: пол, стены, потолок, лампы, оборудование.

Предварительную уборку проводят утром, до подачи больного в операционную, протирая влажной тряпкой, смоченной раствором дезинфектанта, все горизонтальные плоскости, чтобы удалить осевшую за ночь пыль.

Текущая уборка проводится в процессе операции. При этом подбираются упавшие на пол инструменты, испачканные кровью или другими выделениями, салфетки собираются в специальные емкости. По окончании операции дезинфицируют весь использованный инфицированный материал, убирают из тазов и замачивают инструменты, обрабатывают клеенку операционного стола и пол вокруг стола. Заключительная уборка проводится ежедневно в конце рабочего дня: моют с использованием дезинфицирующих средств пол, стены (на высоту до 2 метров), мебель, поверхности аппаратов и приборов.

В день *генеральной уборки* плановые операции не назначают. Помещения операционных залов, предоперационных и перевязочных освобождают от подвижного оборудования и инвентаря, инструментов, медикаментов. В качестве дезинфектанта используют комплекс, состоящий из 6% раствора перекиси водорода и 0,5% моющего средства. После дезинфекции помещения облучают прямым или отраженным ультрафиолетовым светом, включая настенные или потолочные бактерицидные облучатели.

Для снижения микробной обсеменности воздуха в помещениях используют воздухоочистители передвижные рециркуляционные. Лучшим способом вентиляции воздуха в настоящее время является кондиционирование воздуха. Кондиционирование воздуха производится централизованными или местными установками. Качество контролируется по 5 показателям: температура, механическая очистка, стерилизация, влажность, скорость воздухообмена.

При отсутствии кондиционирования воздуха обязательными являются устройство приточно-вытяжной вентиляции и фрамуги, открываемые на период уборки. В операционных рекомендуется поддерживать относительную влажность воздуха не менее 60%, температуру в пределах 22-23°C.

В помещениях операционного блока периодически (не реже 1 раза в месяц), следует производить посевы воздуха. Одновременно проводят посевы с рук операционной бригады.

Отделение реанимации и интенсивной терапии

Интенсивная терапия – это комплекс лечебных мероприятий, направленных на нормализацию гомеостаза, предупреждение и лечение нарушений жизненно важных функций организма.

Реанимация – восстановление и замещение остро утраченных функций сердца, легких и обменных процессов у больных, находящихся в критическом состоянии.

Основные задачи отделения реанимации и интенсивной терапии: предупреждение и устранение нарушенных функций жизненно важных органов у больных в ближайшем послеоперационном периоде, наиболее часто проявляющихся гемодинамическими, дыхательными и метаболическими изменениями.

Отделение должно располагаться на изолированной территории, но в непосредственной близости от операционной.

Структура:

- реанимационные залы для обеспечения постоянного наблюдения за больным мед. персонала;
- изоляторы для больных с гнойными заболеваниями;
- изолятор для особо опасных инфекций;
- экспресс-лаборатории.

Оснащение:

- функциональные кровати;
- аппараты для продлённой ИВЛ;
- кардиомониторы;
- дефибрилляторы;
- средства для осуществления сердечно-лёгочной реанимации.

Площадь реанимационного зала должна быть не менее 50 м². Он является общим для мужчин и женщин. При необходимости между кроватями ставят передвижные пластиковые ширмы. ОРИТ оснащается функциональными кроватями, позволяющими придать больному любое удобное или функционально выгодное положение. Они снабжены большими колесами с тормозным устройством, что позволяет их легко передвигать и использовать вместо каталок для транспортировки больного из операционной и при переводе в хирургическое отделение. Кровати располагаются в зале так, чтобы они были одинаково хорошо видны с сестринского поста, и к больному можно было бы свободно подойти с трех сторон. Каждая койка в ОРИТ обеспечивается штативами для инфузионной системы, централизованной подачей кислорода, контрольно-диагностической, дыхательной, наркозной аппаратурой. Для снижения микробной обсемененности воздуха в палатах рекомендуется установка передвижных рециркуляционных воздухоочистителей. Двери в ОРИТ держат постоянно закрытыми.

Организация труда персонала ОРИТ отличается целым рядом особенностей, обусловленных тяжестью состояния больных, находящихся в отделении, экстренностью предпринимаемых лечебных мероприятий, насыщенностью отделений разнообразным оборудованием и высокой моральной ответственностью за жизнь вверенных им людей. От персонала требуется собранность, аккуратность, умение быстро ориентироваться в

изменении состояния больных, своевременное и грамотное выполнение необходимых назначений.

Учитывая то, что основной контингент больных реанимационного отделения находится на ИВЛ, в бессознательном и терминальном состояниях, на первый план выходят вопросы клинической гигиены и ухода за этими больными. В первую очередь – это санитарная обработка больных и профилактика развития пролежней.

Санитарно-гигиенический режим отделения реанимации и интенсивной терапии

По своей строгости он приближается к режиму операционного блока. Посещение больных родственниками в ОРИТ не разрешается.

Больные, оперированные по поводу гнойных заболеваний и послеоперационными осложнениями, помещаются в изолированные палаты.

Продолжительность пребывания пациентов в ОРИТ в большинстве случаев составляет 1-3 дня, но при развитии послеоперационных осложнений она увеличивается до 5-7 дней и больше. После стабилизации жизненно важных функций больные переводятся в хирургические отделения. По возможности соблюдают систему цикличности заполнения палат.

В палатах должна быть обеспечена хорошая вентиляция, что обеспечивается вентиляционными установками, снабженными бактериальными фильтрами, эффективным методом снижения бактериальной обсемененности является кондиционирование.

Санитарная уборка всех помещений проводят влажным способом не реже 2 раз в день с использованием дезинфицирующих средств. Один раз в неделю проводят *генеральную уборку*.

Перед поступлением больного из операционной кровать, прикроватную тумбочку обрабатывают дезинфицирующим раствором. Кровать заправляют постельными принадлежностями, прошедшими обработку в дезкамере. Постельное белье меняется ежедневно.

Для удобства ухода больные, как правило, не облачаются в нательное белье. Необходимо следить, чтобы они были тщательно укрыты и не подвергались переохлаждению.

Лекция № 3

Основы ухода за пациентом в хирургическом стационаре. Понятие режима хирургического стационара. Транспортировка и перекладывание пациентов

СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ: Любое нарушение в проведении мероприятий по уходу за пациентом может привести к развитию жизненно опасных осложнений!!!

Уход за телом пациента начинается *на этапе приёмного отделения* хирургического стационара, где осуществляется санитарная обработка больных.

Полная санитарная обработка осуществляется, если пациент находится в удовлетворительном состоянии:

- осмотр на предмет наличия инфекционных или паразитарных кожных заболеваний (скабиоз - по показаниям проводится специальная обработка);
- мытьё с мылом и мочалкой под контролем или при участии медицинского персонала;
- переодевание пациентов в больничную одежду.

Частичная санитарная обработка осуществляется, если пациент находится в тяжёлом состоянии и включает в себя:

- осмотр на предмет наличия инфекционных или паразитарных кожных заболеваний (по показаниям проводится специальная обработка);
- обработка тела пациента дезинфицирующими растворами.

Одевание больного в чистое больничное бельё, халат (пижаму), тапочки.

Меры по уничтожению вшей и удалению гнид:

При обнаружении головных вшей волосы на голове выстригают или обрабатывают инсектицидами (0,15 % водная эмульсия карбофоса, гексахлорановое мыло и мыло ДДТ) и завязывают голову на 20 мин

косынкой. Волосы споласкивают, а затем расчесывают частым гребнем в теплом 6 %уксусе, растворяющем вещество, которым гниды прикрепляются к волосам. При выявлении платяных вшей больной принимает ванну, полностью меняет белье.

Вещи больного с педикулезом обрабатывают в пароформалиновой или сухожаровой камере. Помещения обрабатывают дезинсектицидами и проводят влажную уборку.

Уход за пациентом в хирургическом отделении

Основа клинической гигиены пациента хирургического отделения – это соблюдение режима. Понятие «режим хирургического отделения» включает:

- *режим больного* – определённое положение и поведение пациента,
- *лечебно-охранительный режим* – правила внутреннего распорядка, направленные на создание оптимальных условий для выздоровления больных,
- *санитарно-гигиенический режим* – комплекс мероприятий по профилактике внутрибольничной инфекции.

Режим больного определяется лечащим врачом и в зависимости от целевой установки предлагает различный объем двигательной активности. При этом различают строго постельный режим, полупостельный (переходный) режим и общий режим.

Лечебно-охранительный режим регламентируется правилами «распорядка дня в хирургическом отделении», который обычно вывешивается на видном месте и который является обязательным для сотрудников, больных и посетителей.

Соблюдение санитарно-гигиенического режима в отделении является коллективной задачей медицинского персонала и пациентов. При госпитализации пациентов желательно придерживаться принципа цикличности в заполнении палат (госпитализация больных в палату со

сходной патологией и, соответственно, одинаковой продолжительностью лечения). Больному выделяют индивидуальные предметы ухода; плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют. В отделении хирургического профиля запрещается использовать предметы, не выдерживающие дезинфекционную обработку. Не рекомендуется самовольное передвижение больных из палаты в палату и выход в другие отделения.

Мероприятия по гигиене тела хирургического больного с общим режимом должны носить плановый и регулярный характер. Обязательное ежедневное мытьё рук и лица. Не реже одного раза в 7 дней больной должен пройти гигиеническую обработку (мытьё под душем или в ванной). После мытья производят смену нательного и постельного белья.

Гигиенический уход за телом больного с постельным режимом включает: Ежедневное мытьё лица, шеи, рук с мылом. Обтирание всего тела теплой водой с осушением сухим полотенцем. Гигиеническая обработка тела пациентов, имеющих раны, осуществляется растворами антисептиков (40% этиловым спиртом, 2% р-ром салицилового спирта, камфорным спиртом и др.). Следует помнить об исключительной важности тщательного ухода за кожей у истощенных, пожилых и тучных больных. Ежедневное гигиеническое обмывание промежности, паховой области у мужчин и женщин для профилактики опрелостей и пролежней. При недержании мочи, кала и во время менструации подмывания осуществляют многократно в течение дня.

Регулярная стрижка ногтей на руках и ногах. Гигиена волосяного покрова головы (мытьё не реже одного раза в неделю, расчесывание, стрижка волос на голове у тяжелобольных).

Смена нательного и постельного белья (не реже одного раза в 7 дней). Незамедлительно смена белья осуществляют в случае его загрязнения.

В организации ухода за пациентом в хирургическом отделении выделяют два основных этапа (периода):

Предоперационный период:

Цель: снижение риска интра- и послеоперационных осложнений.

В ходе предоперационного периода осуществляется **4 вида** подготовки пациента к операции:

- психологическая;
- соматическая;
- специальная (подготовка к определённым видам оперативных вмешательств);
- непосредственная.

Непосредственная подготовка:

Накануне операции:

- санитарная обработка пациента (полная или частичная);
- очистительная клизма.

В день операции:

- подготовка (бритьё) операционного поля;
- зондирование желудка;
- опорожнение мочевого пузыря.

У экстренных больных непосредственная подготовка осуществляется перед оперативным вмешательством.

Уход за больными в послеоперационном периоде

Задачи:

- наблюдение за состоянием пациента и своевременное выявление нарушений функции жизненно важных органов и систем (температура тела, частота пульса, артериальное давление, диурез);

- мониторинг зоны операции и своевременное выявление осложнений со стороны операционной раны (состояние повязки, характер отделяемого по дренажам);
- уход за телом пациента (частичная или полная санитарная обработка, смена нательного и постельного белья, подмывание больных, уход за ротовой полостью, глазами, наружным слуховым проходом, профилактика пролежней).

Положение больного на кровати и окружающая обстановка в палате

После переключивания больного на функциональную кровать его располагают на ней в горизонтальном положении, на спине. Голова больного покоится на очень низкой подушке или повернута на бок. Это необходимо для предотвращения западения языка или аспирации рвотных масс. После полного восстановления сознания больному придается функционально выгодное, полусидячее (фовлеровское) положение, что достигается приподниманием головного конца кровати.

В палате должна быть создана спокойная обстановка, следует избегать лишних разговоров, присутствия посторонних лиц. Около больного должны находиться индивидуальные подкладное судно и мочеприемник так, чтобы он мог их легко достать или они были ему своевременно поданы медперсоналом. Нательное и постельное белье должны быть чистыми и заменяться при малейшем загрязнении. В ряде случаев используются дополнительные пеленки и подкладные клеенки, которые легко заменить, не тревожа больного.

Наблюдение за состоянием пациента и своевременное выявление нарушений функции жизненно важных органов и систем

У пациентов после операции необходимо контролировать ряд показателей, характеризующих состояние жизненно важных органов и систем: частота и глубина дыхания; частота пульса; артериальное давление температура.

Длительное нахождение пациента в постели может привести к снижению вентиляции легких, ухудшению дренажной функции бронхов, застою мокроты и развитию послеоперационных пневмоний. Ведущая роль в профилактике этих осложнений отводится активному двигательному режиму в пределах постели и дыхательной гимнастике.

К дыхательной гимнастике следует приступить с первых же суток после операции. Ранняя дыхательная гимнастика может состоять из чередования глубоких вдохов и выдохов, надувания резиновых камер, и самых простых, доступных для выполнения движений руками.

Для борьбы с дыхательной недостаточностью используют ингаляции увлажненного кислорода через специальные катетеры, устанавливаемые в носовых ходах.

Для профилактики образования тромбов в венах нижних конечностей прибегают к их эластичному бинтованию. Ноги бинтуют от пальцев до паховой складки. Важно следить, чтобы туры бинта не ослабли.

В ряде случаев для предотвращения неукротимой рвоты, а также после ряда операций на органах брюшной полости для декомпрессии или питания больного через носовые ходы в верхние отделы пищеварительного тракта заводится зонд, конец которого опускают в специальную емкость, подвешенную к кровати ниже уровня тела больного. Необходимо следить за тем, что бы зонд был надёжно фиксирован и учитывать характер и количество отделяемого по зонду.

После операций на толстом кишечнике для отведения газов через анальное отверстие в прямую кишку вводят газоотводную трубку. Конец ее помещают в судно, расположенное между ног больного или в ёмкость, подвешенную к кровати.

Для профилактики рефлексорной задержки мочи после операции можно прибегнуть к простым методам стимуляции мочеиспускания (теплая грелка на гипогастральную область, льющаяся из крана вода). При

неэффективности стимуляции осуществляется катетеризация мочевого пузыря. В этом случае необходимо контролировать правильность стояния катетера и подсчитывать количество выделившейся мочи.

Мониторинг зоны операции и своевременное выявление осложнений со стороны операционной раны

Наблюдение за состоянием повязки. Если повязка сбилась, промокла кровью, гноем или другим отделяемым об этом тут же должно быть доложено врачу. Промокание кровью говорит о кровотечении в ране, промокание гноем – о нагноении раны. Поступление в рану кала, мочи свидетельствует о вскрытии просвета полого органа. Обильное промокание суковицей свидетельствуют о расхождении раны.

Для уменьшения послеоперационных болей и с гемостатической целью поверх повязки укладывают пузырь со льдом. Пузырь заворачивают в полотенце и прикладывают периодически на 25 – 30 минут с интервалами 5-10 минут. По мере промокания полотенца конденсатом его необходимо менять для того, чтобы повязка оставалась сухой.

Уход за дренажами. Виды дренирования: пассивное, активное, дренирование по Бюлау (после торакальных операций). При пассивном дренировании конец дренажной трубки опускается в специальную ёмкость, укрепленную на кровати ниже поверхности, на которой лежит пациент и обязательно фиксируется к этой ёмкости для профилактики выпадения. Для обеспечения активных движений пациента дренажи должны быть достаточной длины. Это достигается использованием стерильных трубок-переходников. При активном дренировании дренажи присоединяются через стеклянную ёмкость к аппаратуре, создающей постоянное разрежение. Необходимо следить за герметичностью дренажной системы и регистрировать характер и количество отделяемого. При дренировании плевральной полости по Бюлау на наружном конце дренажной трубки подвязывается формируется лепестковый клапан (привязывается

разрезанный палец от хирургической перчатки), который опускается в ёмкость с раствором фурацилина. При уходе за пациентами с дренажом по Бюлау следует обращать внимание, чтобы конец дренажа с клапаном всегда находился ниже уровня раствора в ёмкости, а также за количеством характером отделяемого по дренажу (воздух, кровь).

Уход за телом пациента

Уход за глазами: умывание, профилактическое промывание и закапывание антисептиков (3% р-р борной кислоты, 1% р-р альбуцида). Закладывание лечебных мазей (тетрациклиновая, гидрокортизоновая и др.).

Уход за наружными слуховыми и носовыми ходами: кожу следует обрабатывать ватными турундами, смоченными стерильным вазелиновым маслом, по показаниям в наружные слуховые ходы закапывают 3% р-ра перекиси водорода или 1% раствора борного спирта.

Гигиена полости рта: полоскание полости рта водными растворами водный раствор хлорида натрия и бикарбоната натрия (по 1/2 чайной ложки на стакан воды), марганцовокислого калия (1 : 100), риванола (1 : 100). Можно использовать настои шалфея и ромашки (1 чайная ложка на стакан кипятка). Для стимуляции слюноотделения (профилактики паротита) осуществляется протирание слизистой оболочки рта теми же растворами. Смазывание слизистых 10% глицерином, жидким вазелином и другими пленкообразующими веществами в целях профилактики стоматита, гингивита, паротита. Обработка зубных протезов.

Помощь больному при мочеиспускании и дефекации в постели: создание спокойной обстановки, осторожная и деликатная подача соответствующей посуды, учет стыдливости пациента во время акта выделения. Обмывание промежности проводят над судном теплой водой (можно использовать раствор перманганата калия) из кувшина при помощи ватного тампона, захваченного в корнцанг. Подмывание ведут от половых органов к заднему проходу. Потом другим ватным тампоном в том же

направлении досуха вытирают кожу.

Профилактика пролежней

Пролежень – гнойно-некротический процесс, возникающий в результате сдавления мягких тканей пациента между костными выступами на теле и поверхностью постели, на которой лежит больной. В основе его лежат нарушения кровоснабжения и иннервации тканей, подвергшихся сдавлению. Пролежни возникают у малоподвижных и ослабленных больных после тяжёлых операций. Пролежни таят в себе угрозу развития аррозивных кровотечений, гнойно-резорбтивной лихорадки, остеомиелита, сепсиса.

Области типичной локализации (возможного возникновения) пролежней:

- затылочный бугры;
- углы лопаток;
- задняя поверхность локтевых суставов;
- крестец;
- седалищные бугры;
- пятки.

Особое внимание необходимо уделить *профилактике возникновения пролежней:*

- изменение положения тела больного в постели;
- применение подкладного резинового круга, ватно-марлевых "бубликов".
- использование противопролежневых матрасов;
- расправление складок на белье;
- своевременная смена постельного белья (по мере загрязнения), обработка тела больного растворами антисептиков.

Целесообразно сочетать по времени туалет больного, обтирание кожи, смену белья, перестилание кровати с поворачиванием больного и массажем. Это является эффективной профилактикой не только пролежней, но и послеоперационных пневмоний.

Следует помнить, что пролежни легче предотвратить, чем их лечить!!!

Особенности ухода за пациентами с травмами опорно-двигательного аппарата, гнойными ранами, кишечными свищами, а также в отделении реанимации и интенсивной терапии

Уход за пациентами с травмами опорно-двигательного аппарата

Особенности ухода обусловлены длительным вынужденным пребыванием в постели и проведением им специальных методов лечения (гипсовые повязки, скелетное вытяжение, компрессионно-дистанционные аппараты).

Для травматологических больных используют функциональные кровати, рассчитанные не только на массу тела больного, но и на применяемые в лечебном процессе гипсовые повязки, аппараты, грузы. На кровати крепится рамная конструкция («балканская рама») – устройство, облегчающее самостоятельное изменение пациентом положения в кровати.

Скелетное вытяжение проводится на функциональной кровати с ортопедическим (противопрележневым) матрасом и подушками. Голень и бедро нижней конечности, находящейся на вытяжении, укладывают на каркасную шину с системой блоков (шина Беллера). На опорной части шины формируют гамачок путём наложения 20-30 туров широкого бинта таким образом, чтобы голень и бедро травмированной конечности слегка провисали. Стопа удерживается под углом 95° к оси голени специальной подошвой. Для упора здоровой ноги рядом с шиной Беллера устанавливают опорную подставку. Марлевые стерильные повязки в местах проведения спиц плотно фиксируют к коже резиновыми уплотнителями. При уходе за пациентом важно следить, чтобы эти повязки не смещались и были сухими. Санитарную обработку больных, находящихся на скелетном вытяжении осуществляют следующим образом: постель застилают клеенкой, голову моют с мылом над тазиком, а затем губкой или мочалкой моют всё тело кроме поражённой конечности, которую протирают раствором антисептика. После мытья пациента вытирают чистым полотенцем и меняют постельное

белье. При этом больного слегка приподнимают, затем ухаживающий персонал, начиная с головного конца, скатывает грязную простыню, а чистую, свернутую в виде бинта, разворачивает. Для удобства смены нательного белья можно использовать специальные распашонки с завязками сбоку. Травмированная конечность остается свободной от белья.

Уход за больными в гипсовых повязках. При уходе за этой категорией пациентов, важно не допустить давления краёв гипсовой повязки на мягкие ткани вокруг неё. Для этого края повязки отгибают специальным инструментом и подкладывают под них ватные подушки. Развитие отёка мягких тканей под гипсовой повязкой может привести к сдавлению магистральных сосудов и нарушению кровообращения в дистальных отделах конечности. Для своевременного выявления этих осложнений необходимо регулярно осматривать состояние периферических отделов конечностей (пальцев). Следует обращать внимание на цвет кожных покровов (бледность, синюшность), их температуру (похолодание), наличие самостоятельных движений, чувствительность. Обо всех выявленных изменениях немедленно извещается врач. Пациенты в больших гипсовых повязках лишены возможности самостоятельно изменять положение своего тела в постели, поэтому для профилактики развития пролежней их следует чаще поворачивать на здоровый бок или на живот. При этом расправляют складки на постельном белье и обрабатывают кожу больного растворами антисептиков. Следует предохранять гипсовую повязку от намокания и загрязнения при проведении гигиенических процедур. Для этого её закрывают клеенкой, а сверху кладут сухую пленку, которую меняют по мере увлажнения.

При уходе за больными с аппаратами компрессионно-дистракционного остеосинтеза необходимо осуществлять периодическую дезинфекцию наружных конструкций аппаратов и укрывать их чехлами из плотной материи для сохранения стерильности в области проведения спиц.

Уход за пациентами с гнойными ранами и кишечными свищами

В случае наличия у пациента гнойных ран или кишечных свищей необходимо ежедневно обрабатывать свободные от наложенных повязок участки кожи растворами антисептиков (водный раствор биглюконата хлоргексидина). Если повязка промокла гноем или кишечным отделяемым необходимо заменить её верхние слои. При быстром и обильном пропитывании повязки используют сменные пелёнки или специальные впитывающие прокладки. В ряде случаев (при кишечных свищах) применяют поролоновые obturatory или дренажно-поролоновые смены с активной аспирацией раневого отделяемого.

При некоторых заболеваниях толстой кишки операцию заканчивают выведением участка кишки на переднюю брюшную стенку (колостомия) для наружного отведения кишечного содержимого. Это создает определенные трудности, как для самого больного, так и для персонала, ухаживающего за ним. Выведенную кишку рыхло прикрывают марлевой салфеткой смоченной вазелиновым маслом. При смене повязки кожу вокруг стомы очищают от кала марлевыми шариками, пропитанными раствором фурацилина. После восстановления перистальтики кишечника возникает необходимость в защите кожи и операционной раны от загрязнения калом. Для этого на стому накладывают калоприемник, состоящий из пластмассового кольца, которое окружает свищевое отверстие и плотно прилегает к коже. На кольцо крепится полиэтиленовый мешок для кишечного отделяемого. Мешки заменяются по мере их наполнения. Калоприемник крепится на теле пациента эластическим резиновым поясом. Во избежание окolorаневого дерматита и для большей герметичности кожу под кольцом можно обрабатывают пастой Лассара или цинковой мазью.

Уход за больными в отделении реанимации и интенсивной терапии

Для удобства ухода в этом отделении больные, не облачаются в нательное белье. Необходимо следить, чтобы они были тщательно укрыты.

Переохлаждение может привести к развитию воспаления легких или другим осложнениям. Наряду с обычными мероприятиями, направленными на предотвращение развития пролежней (изменение положения тела, обтирание, массаж, расправление складок на белье), используют матрасы, наполненные мелкими сыпучими веществами (поролоновыми шариками) и моделирующие форму тела. Применяются и надувные матрасы с перемежающимся давлением. Периодическое изменение давления в различных секциях матраса действует аналогично массажу и предупреждает развитие пролежней.

Для предупреждения высыхания конъюнктивы у больных без сознания на глаза накладываются ватные тампоны, смоченные изотоническим раствором хлорида натрия.

У пациентов, которым проводится искусственная вентиляция лёгких, необходимо проводить регулярную гигиеническую обработку слизистых оболочек носовой и ротовой полостей с использованием масляных составов (вазелиновое масло, глицерин).

Если у больного стоит постоянный мочевого катетер, необходимо следить, не подтекает ли моча помимо катетера. В случаях недержания кала целесообразно использовать одноразовые памперсы. При загрязнении постельного белья выделениями его необходимо сразу же сменить, а испачканную часть тела вымыть и обработать кожными антисептиками.

Мероприятия при констатации смерти: после наступления смерти и констатации её врачом труп раздевают, укладывают на спину, подвязывают нижнюю челюсть, закрывают веки, накрывают с головой простыней. Труп оставляют на территории отделения, в котором наступила смерть (в отдельном помещении) на 2 часа. Затем после появления трупных пятен, т. е., достоверных признаков биологической смерти, труп отвозят в патологоанатомическое отделение. Вещи умершего выдаются под расписку родственникам.

Правила транспортировки больных

Транспортировку больных надо производить, соблюдая максимальную осторожность, избегать резких движений и толчков, ввиду наличия у них анатомических повреждений тела вследствие заболевания или операции.

Транспортировка может осуществляться несколькими путями. Больных перевозят на креслах-каталках, носилках-каталках, функциональных кроватях. Вопрос о виде транспортировки больного решает врач.

Транспортировка пациентов в операционную: осуществляется медсестрами отделения или транспортной бригадой (*не менее двух человек*) в сопровождении врача-анестезиолога. Транспортируют больного в положении лежа на каталке. Транспортировка больных в лифтах осуществляется только в сопровождении медицинской сестры. При отсутствии лифта в транспортировке должны участвовать четыре человека. При подъеме по лестнице носилки несут «головой вперед», при спуске с лестницы – «ногами вперед»; в обоих случаях поднимают ножной конец носилок и шагают "не в ногу".

Из операционной больной переводится в палату тем же персоналом, также на каталке.

В палате перекладывать больного с каталки на кровать нужно с большой осторожностью, соблюдая ряд правил:

- участвует три человека;
- каталка блокируется тормозной системой;
- плавным движением (без рывков) поднимают больного и укладывают на кровать.

Особого внимания требует перекладывание с каталки в постель больных, имеющих дренажи. При транспортировке таких больных в палаты и при перекладывании с каталки на кровать должен присутствовать врач.

При транспортировке больного из операционной с системой для внутривенных вливаний требуется участие *трёх* человек: двое перемещают

каталку, а один удерживает систему для вливаний. Перекладывание такого больного на кровать требует участия *четырёх* человек: трое перекладывают, а один удерживает систему для вливаний.

Транспортировка больного, которому проводится искусственная вентиляция лёгких, требует участия как минимум *четырёх* человек: двух санитаров, сестры-анестезистки и врача-анестезиолога. Первые двое перемещают каталку, анестезиологи следят за ИВЛ.

Лекция № 4

Организация питания хирургического больного

Полноценное питание является важнейшей составляющей лечения хирургического больного. Недостаток питательных веществ ухудшает заживление раны, и повышает риск развития инфекции. В свою очередь сбалансированный пищевой рацион повышает толерантность организма к операционной травме, и обеспечивает адекватный уровень репаративных процессов. В связи с этим интенсивная терапия любой хирургической патологии невозможна без полноценного питания, и его организация входит в круг умений врача любой медицинской специальности.

При патологическом процессе *увеличивается основной обмен*, что требует поступления в организм достаточного количества питательных веществ. Их *оптимальное соотношение*:

- суточное поступление белков – **13-17%**,
- жиров – **30-35%**,
- углеводов – **50-55%**.

Белок служит важнейшим пластическим материалом при регенерации раны, из белковых структур идет формирование ферментов и других биологически активных веществ, протеины составляют основу иммунных комплексов, которые жизненно необходимы для борьбы с инфекцией.

Во время болезни в организме преобладают процессы катаболизма. Возникающий при этом аминокислотный дисбаланс нередко приводит к токсическим проявлениям.

Углеводы являются одним из основных источников энергии. Недостаток этих питательных веществ приводит к необратимыми изменениями обмена веществ в организме, которые могут привести к гибели пациента.

Липиды обладают высокой энергетической ценностью. Некоторые

жирные кислоты участвуют в формировании фосфолипидов – важнейшей составной части всех клеточных структур. Поэтому включение жиров в рацион питания также становится жизнеопределяющим.

Помимо белков, жиров и углеводов **в рацион питания обязательно входят витамины, микроэлементы и вода.** Их количество учитывается при составлении соответствующих диет.

В зависимости от заболевания выбирают необходимый пищевой рацион и путь поступления питательных веществ в организм.

Выделяют два способа доставки пищи – **естественный и искусственный.**

При **естественном питании** лечащий врач назначает соответствующую диету или стол.

В нашей стране существует единая номерная система диетического питания по Н.И. Певзнеру, включающая 15 основных диет.

В хирургическом стационаре отделении наиболее часто используют следующие **диеты: N 0-а, N 0-б, N 0-в, N 1-а, N 1, N 5-а, N 9, N 11, N 13, N 15, трубчатый стол.**

Нулевая диета показана после операций на органах желудочно-кишечного тракта, при полубессознательном состоянии (черепно-мозговая травма).

Диета N0-а (1 послеоперационный стол) назначается на 2-3 дня.

Она включает желеобразные и жидкие блюда, свободную жидкость 1,8-2,2 л с температурой пищи не выше 45°C. Пищу употребляют 7-8 раз в сутки с объемом не более 200-300 г за один прием.

Разрешают: обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар с добавлением сливочного масла, ягодный кисель, процеженный компот, настой шиповника с сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки.

Диета N0-б (2 послеоперационный стол) назначается на 2-4 дня.

В нее дополнительно включают жидкие протертые каши из геркулеса, гречи и риса, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на

овощном отваре, паровой белковый омлет, паровое суфле или пюре из нежирной рыбы или мяса. Пищу дают прием 6 раз в сутки.

Диета N0-в является продолжением предыдущего диетического питания и служит для плавного перехода к физиологически полноценному употреблению пищи.

В эту диету *входят* супы-кремы и супы-пюре, приготовленные на пару блюда из протертого отварного мяса, курицы или рыбы, свежий творог, кисломолочные напитки, протертые овощные и фруктовые пюре. В кашу можно добавлять молоко. Пища дается 6 раз в сутки.

Диета N1- а назначается через 6-7 дней после операций на желудке. Пищу готовят в жидком и полужидком виде и принимают её равномерными порциями каждые 2-3 часа.

Эта диета *включает*: несоленое сливочное масло, молочные жидкие каши, отварные, протёртые овощи, молочный суп, кисели, желе из некислых ягод, некрепкий чай, отвар шиповника.

Диета N1 показана после операций на желудке как переходное питание от диеты N1-а к физиологически полноценной пище. Она предназначена для уменьшения воспалительной реакции и заживления слизистой путем ограничения термических, химических и механических раздражителей.

Разрешено употреблять паровые котлеты, биточки, зразы, бефстроганов. Можно использовать: некислый протертый творог, сметану, сырники, молочную кашу, пудинг, омлет, отварные овощи, свежие спелые ягоды и фрукты, соки.

Исключаются все колбасные изделия, острую и соленую пищу, крепкие бульоны, копчености, шоколад, мороженое, черный кофе.

Диета N5-а используется при остром холецистите и на 5-6 сутки после операций на желчевыводящих путях и при остром панкреатите. Употребляемая механически и химически щадящая пища поддерживает

функциональный покой всех органов пищеварения.

Диета N9 показана при сахарном диабете. Она способствует нормализации углеводного обмена. Исключают из рациона сахар и сладости, ограничена поваренная соль.

Диета N11 назначается при истощении организма после операции или травмы в случае отсутствия болезней пищеварительной системы.

Она направлена на повышение защитных сил организма и улучшение состояния питания. Используемые при этом продукты содержат увеличенное количество белков, витаминов, минеральных веществ.

Диета N15 используется при различных заболеваниях, не требующих специального лечебного режима питания. Её целью является обеспечение физиологически полноценного питания. Белки, жиры и углеводы содержатся в количестве, необходимом для здорового человека, не занятого физическим трудом, а витамины – в повышенном количестве.

После некоторых хирургических вмешательств и при многих заболеваниях естественное употребление пищи невозможно. В этих случаях используют **искусственное питание**:

- *энтеральное (через зонд или стому),*
- *парентеральное*
- *комбинированное.*

Энтеральное (зондовое) питание осуществляется через зонд, заведенный в желудок или в тонкую кишку.

У хирургических больных оно показано при:

- нарушении сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации;
- наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры);
- состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма);

- анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

- нарушениях переваривания и всасывания тонкой кишки;
- остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- неустранимой рвоте и диарее;
- динамической кишечной непроходимости;
- парезе кишечника после хирургических вмешательств;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

Используют смеси, приготовленные только что из жидких продуктов (молоко, бульоны, соки) в сочетании с измельченными (мясо, рыба, творог) компонентами.

Можно использовать смеси из продуктов детского питания, а также ЭНПИТы (белковый, обезжиренный) – *нутритивная* поддержка.

В тех случаях, когда невозможно провести зонд в желудок, например при опухоли пищевода, выполняют операцию **гастростомию**. В искусственно созданный свищевой ход вводят трубку, через которую осуществляют питание больного. Для этого используют жидкую питательную смесь (трубчатый стол). Питание через гастростому начинают на второй день после операции.

Уход за гастростомой: После каждого кормления выполняют туалет кожи в области стомы. Тщательно осушив кожу, на её поверхность наносят слой пасты Лассара и накладывают асептическую повязку.

При некоторых заболеваниях желудка (тотальное поражение опухолью, химический ожог) с целью кормления накладывают **еюностому** – **тонкокишечный свищ**.

Через трубку в кишечник вводят питательные смеси, химический состав которых приближается к химусу здорового человека.

Уход за энтеростомой осуществляется аналогичным образом, как за гастростомой.

Понятие о парентеральном питании

В тех случаях, когда невозможно кормление естественным путем или через зонд, используют парентеральное питание.

Для введения питательных веществ парентеральным путем необходимо выполнить катетеризацию магистральной (яремную, подключичную) вены.

Из отдельных питательных веществ составляют хорошо переносимые растворы. В состав растворов для парентерального питания входят белки, жиры углеводы, вода и электролиты, обеспечивая полное удовлетворение энергетических и пластических потребностей организма. Такое полноценное высококалорийное питание (до 3000 ккал в день) можно использовать при необходимости в течение длительного времени.

Гигиена питания больного

При поступлении в отделение больного информируют о правилах хранения пищевых продуктов. Для этого в местах приема передачи и в отделениях вывешивают *списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных* для передачи продуктов. Пищевые продукты для больных передаются в целлофановых пакетах с указанием фамилии, имени, отчества пациента и даты передачи.

В отделении ежедневно проверяют соблюдение правил и сроков хранения продуктов в холодильниках отделения и в тумбочках больных.

Пищевые продукты изымаются и отправляются в отходы в тех случаях, когда истек срок годности, при хранении в холодильнике без целлофановых пакетов, без указания, кому они принадлежат, а также при имеющихся признаках порчи.

Организация питания в лечебном учреждении

Каждому конкретному пациенту диета назначается лечащим врачом и контролируется зав. отделения.

В соответствии с теми диетами, которые назначены пациентам в отделении *старшие сёстры* составляют порционник, который передаётся

диетврачу (или сестре).

Диетврач (или диетсестра) в соответствии с порционниками составляет меню-раскладку по всем отделениям, в которых указывается пищевой рацион по всем диетам.

Приготовление пищи осуществляется на пищеблоке, работа которого контролируется в дневное время диетврачом, а в вечернее время дежурными врачами.

Организация работы пищеблока

Одним из важнейших условий работы пищевого блока любого ЛПУ является строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима.

По организационному принципу различают *централизованные и децентрализованные* пищеблоки.

В централизованном пищеблоке готовят блюда в соответствии с меню и доставляют их в буфеты отделений.

Децентрализованная организация работы пищеблока предполагает наличие центральной заготовочной, в которой готовят полуфабрикаты, и кухни, где пищевые блюда доводят до окончательного приготовления и затем отпускают непосредственно больным.

Готовую пищу транспортируют, используя термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или посуду, которая плотно закрывается крышкой. Категорически запрещается использование эмалированной посуды (ведер, кастрюль).

Тележки, используемые для транспортировки пищи, обрабатываются ежедневно, а в случае загрязнения – после каждой перевозки готовых блюд.

Лица, выполняющие доставку пищи в отделение, должны иметь санитарную одежду (халат, рукавицы).

Доставку в отделение и раздачу готовой пищи производят не позднее *двух часов с момента ее приготовления.*

Раздачу пищи больным производят медицинские сестры отделения

в халатах с маркировкой «для раздачи пищи». К этой работе младший обслуживающий персонал не допускают. Старшая медицинская сестра контролирует раздачу пищи в соответствии с назначенными диетами.

Питание пациентов, находящихся в удовлетворительном состоянии осуществляется в специально отведённом для этого месте – столовой.

Пациенты, находящиеся на постельном режиме принимают пищу в палате.

Тяжёлых больных кормят постовые сёстры.

Используемое в пищеблоке оборудование и инвентарь должно быть раздельным для сырых и вареных продуктов.

В буфетных отделениях предусматривают два раздельных помещения - для приготовления и раздачи пищи и для обработки использованной посуды.

Мытьё столовой посуды осуществляется следующим образом:

Остатки пищи механически удаляют щеткой. Затем моют посуду щеткой в первом гнезде в воде с температурой 50°С с добавлением 1% тринатрия фосфата или кальцинированной соды.

Следующим этапом обработки является обеззараживание посуды, которое осуществляют методом кипячения в течение 15 минут или погружением в течение 30 минут в раствор 0,5% хлорамина.

Затем посуду *ополаскивают* горячей проточной водой с температурой не ниже 65°С.

Просушивание посуды осуществляют на специальных полках или решетках. Не допускается ее вытирание полотенцем.

Все требования, предъявляемые к обработке посуды, оборудования и инвентаря пищеблока, представлены в соответствующей инструкции, которую в обязательном порядке вывешивают в моечной.

Остатки пищи обеззараживают кипячением в течение 15 минут от момента закипания или засыпают сухой хлорной известью, сухой известью белильной термостойкой.

После каждой раздачи пищи проводят *текущую уборку* буфетной и столовой.

В конце рабочего дня выполняют *заключительную влажную уборку*.
Один раз в месяц выполняют *генеральную уборку*.

Личная гигиена персонала пищеблока

В соответствии с требованиями Минздрава, при поступлении на работу в подразделение питания в больнице необходимо пройти медицинский осмотр и прослушать курс по гигиенической подготовке с обязательной сдачей зачета.

На каждого работника заводят личную медицинскую книжку, в которую вносятся результаты медицинских обследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, о сдаче санитарного минимума.

Сотрудник пищеблока несет *ответственность* за состояние рабочего места, выполнение правил личной гигиены, а также за соблюдение санитарных требований.

Персонал обязан приходить на работу в чистой одежде и обуви. Перед началом работы моют руки с мылом, надевают санитарную одежду, подбирают волосы под колпак (косынку) или надевают специальную сеточку для волос.

Сотрудникам пищеблока в рабочее время *не разрешается* носить ювелирные украшения, ногти должны быть коротко подстрижены, покрывать их лаком нельзя.

Запрещается застегивать санитарную одежду булавками.

Лица с признаками простудного заболевания или кишечной дисфункции, а также с гнойничковыми поражениями кожи *временно отстраняются от работы* с готовой пищей.

В буфетной должна быть аптечка с набором медикаментов для оказания первой помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И., Боев С.Н. Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 288с.
2. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике: учебное пособие для вузов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 192с.
3. Колягин А.Н. Общий уход за терапевтическими больными: учебное пособие для мед.вузов – М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006, 223с.
4. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т. Общий уход за хирургическими больными. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 288 с.
5. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». М.: Медицина, 2003. – 350с.: с ил.
6. Найтингейл Ф. Записки об уходе. Учебное пособие. – М., 2002. – 96с.
7. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. – 400 с.: ил.
8. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие под ред. З.Е.Сопиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
9. Справочник медицинской сестры по уходу. Под ред. И.А. Бережновой - М.: АСТ, 2005. – 604с.: ил.
10. Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными: учебник. – М: Товарищество научных изданий КМК, 2007. – 550с., цв. ил.
11. Шевченко А.А. Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»: учебное пособие для мед.вузов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 416с.