

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	7
-------------------	---

Глава 1.

Определение понятия «уход за больными». Принципы организации работы хирургического отделения

1.1. Исторические аспекты ухода за больным	9
1.2. Определение понятие «уход за больным». Виды ухода	12
1.2.1. Хирургический уход	14
1.2.2. Особенности ухода за хирургическими больными	15
1.3. Организация работы лечебно-профилактического учреждения и хирургического отделения	19
1.3.1. Приемное отделение	19
1.3.2. Отделения хирургического профиля	20
1.3.3. Обязанности старшей медицинской сестры отделения ..	22
1.3.4. Функциональные обязанности среднего медицинского персонала	22
1.3.5. Права среднего медицинского персонала	25
1.3.6. Ответственность среднего медицинского персонала ...	25
Вопросы для самоконтроля	26

Глава 2.

Хирургическая инфекция. Септика и антисептика

2.1. Основные сведения о хирургической инфекции	27
2.1.1. Классификация хирургической инфекции	27
2.1.2. Основные возбудители хирургической инфекции	28
2.1.3. Условия, необходимые для возникновения хирургической инфекции	30
2.1.4. Клиническая картина хирургической инфекции	32
2.1.5. Принципы лечения и профилактики хирургической инфекции	33
2.1.6. Отдельные нозологические формы хирургической инфекции	35
2.1.7. Хирургический сепсис	37
2.1.8. Раневая инфекция	39
2.1.9. Госпитальная инфекция	41
2.2. Асептика	42
2.2.1. Методы стерилизации	44
2.2.2. Профилактика СПИДа в хирургии	49

2.3. Антисептика	50
2.3.1. Виды антисептики	51
Вопросы для самоконтроля	64

Глава 3.

Клиническая гигиена больного в хирургическом стационаре	65
3.1. Личная гигиена больного	65
3.1.1. Уход за волосами	65
3.1.2. Уход за глазами	65
3.1.3. Уход за ушами	66
3.1.4. Уход за полостью носа	66
3.1.5. Уход за полостью рта	67
3.1.6. Уход за кожей	68
3.1.7. Подмывание больного	68
3.2. Ванны	69
3.2.1. Гигиенические ванны	69
3.2.2. Лечебные ванны	70
3.3. Особенности ухода за больными с пролежнями. Профилактика и лечение пролежней	72
3.4. Смена постельного и нательного белья	78
3.5. Перемещение больного	79
3.6. Основы массажа	87
Вопросы для самоконтроля	92

Глава 4.

Десмургия. Транспортная иммобилизация	93
4.1. Понятие о ранах	93
4.2. Десмургия	98
4.2.1. Классификация повязок	98
4.2.2. Правила наложения повязок	99
4.2.3. Бинтовые повязки	100
4.2.4. Гипсовые повязки	103
4.3. Транспортная иммобилизация	105
Вопросы для самоконтроля	110

Глава 5.

Клиническая гигиена в хирургическом отделении	111
5.1. Гигиенические требования, предъявляемые к хирургическому отделению	111

5.2. Профилактика имплантационной инфекции	117
5.3. Подготовка рук к операции	118
5.4. Подготовка операционного поля	120
5.5. Стерилизация перчаток	120
5.6. Гигиена медицинского персонала	121
Вопросы для самоконтроля	122

Глава 6.

Гигиена питания хирургического больного	123
6.1. Определение понятия «лечебное питание». Методы кормления больных	123
6.2. Лечебные диеты	125
6.3. Нутритивная поддержка в хирургии	146
6.3.1. Исторические аспекты разработки искусственного питания	146
6.3.2. Показания к проведению нутритивной поддержки ..	148
6.3.3. Энтеральное питание	149
6.3.4. Парентеральное питание	151
Вопросы для самоконтроля	154

Глава 7.

Хирургическая операция. Уход за больным в пред- и послеоперационном периодах. Манипуляционная техника	155
7.1. Хирургическая операция	155
7.1.1. Классификация оперативных вмешательств	155
7.2. Преоперационная подготовка	157
7.2.1. Стандартный минимум обследования пациента	157
7.2.2. Психологическая подготовка	158
7.2.3. Общесоматическая подготовка	158
7.2.4. Специальная подготовка	158
7.2.5. Непосредственная подготовка больного к операции ..	159
7.2.6. Особенности непосредственной преоперационной подготовки больного при экстренной операции	161
7.3. Ведение больного в послеоперационном периоде	161
7.4. Основные медицинские манипуляции, применяемые в процессе ухода за больным	166
7.4.1. Определение частоты дыхания	166
7.4.2. Определение свойств пульса на лучевой артерии	166
7.4.3. Техника измерения артериального давления	167

7.4.4. Техника измерения температуры тела	167
7.4.5. Техника измерения центрального венозного давления (ЦВД)	168
7.4.6. Промывание желудка	168
7.4.7. Клизмы	169
7.4.8. Катетеризация мочевого пузыря	175
7.4.9. Инъекции лекарственных средств	176
7.5. Сердечно-легочная реанимация	182
7.5.1. Восстановление проходимости верхних дыхательных путей	182
7.5.2. Методы искусственной вентиляции легких	183
7.5.3. Непрямой массаж сердца	185
Вопросы для самоконтроля	186
 Глава 8.	
Хирургическая деонтология. Больничный режим и правила поведения медицинского персонала	187
8.1. Медицинская этика и деонтология	187
8.2. Больничный режим	193
Вопросы для самоконтроля	196
 Приложение 1 (к главе 1)	197
Приложение 2 (к главе 2)	201
Приложение 3 (к главе 3)	209
Приложение 4 (к главе 4)	213
Приложение 5 (к главе 5)	216
Приложение 6 (к главе 6)	218
Приложение 7 (к главе 7)	221
 Вопросы для проведения тестового контроля	223
Ответы к вопросам для тестового контроля	251
 Краткий терминологический справочник	253
Предметный указатель	277
Рекомендуемая литература	287

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уход за больным, в том числе хирургического профиля, является одним из наиболее важных разделов медицинской деятельности. Как бы хорошо не было выполнено оперативное вмешательство, без качественного ухода за больным в пред-, и особенно послеоперационном периодах, обойтись нельзя. Известно много случаев, когда блестяще сделанная операция не приводила к ожидаемым результатам именно из-за неграмотного или недостаточно внимательного ухода.

Основная роль и ответственность в обеспечении ухода отводится врачу и медицинской сестре. В тоже время нельзя недооценивать и роли младшего медицинского персонала.

В современных условиях уход за больным приобретает особое значение, что обусловлено значительным расширением показаний к оперативным методам лечения, усложнением самих оперативных вмешательств и др.

Обеспечить качественный уход за больным без адекватной внутренней мотивации у медицинского работника, милосердия и терпения очень сложно. Однако какими бы положительными душевными качествами не обладал медицинский работник, реализовать программу ухода на требуемом уровне без специальных знаний и практической подготовки невозможно.

Проведение качественного профессионального ухода за больным требует от медицинского работника знаний основ медицинской этики и деонтологии; асептики и антисептики; вопросов личной гигиены больного, санитарно-эпидемиологического режима в лечебно-профилактическом учреждении, подготовки больного к операции, ведения больного в пред- и послеоперационном периодах и многих других.

К сожалению, бывают случаи, когда медицинский работник, осуществляющий уход за больным недооценивает важность тех или иных манипуляций, считая их второстепенными или малозначимыми. Считаем необходимым подчеркнуть, что мелочей при уходе, особенно за тяжелым больным, нет. Все стандарты, предусмотренные программой лечебных мероприятий, должны быть соблюдены.

В предлагаемом учебном пособии основной акцент сделан на специальном уходе за хирургическими больными, преимущественно

на уровне среднего медицинского работника. Приведенные в книге практические рекомендации основаны на обобщении коллективного опыта практического здравоохранения, а также собственного опыта, накопленного в течение длительного времени профессиональной деятельности. Содержание учебного пособия соответствует современным образовательным стандартам.

Все замечания и пожелания читателей будут с благодарностью приняты авторами и обязательно учтены в дальнейшей работе.

Глава 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ». ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1.1. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ

Первые сведения по уходу за больным были выявлены в мифологии древней Эллады. По легендам известно, что *Асклепий* (лат. Эскулап) — бог врачевания, и одна из его дочерей *Гиги́я* (отсюда термин гигиена) сыграли большую воспитательную роль в истории человечества. Лечение в греческих асклепийонах, созданных при храмах, в основном сводилось к внушению, применению водных процедур и массажа. В последующем древнегреческие и римские скульпторы отражали культ здоровья и красоты (обливание, растирание, массаж). Значительное место в работах *Гиппократ* и *Галена* отводилось диетическому лечению, стимулированию испарения кожи, растиранию и физическим упражнениям.

После распада Римской империи Восточные государства (Византия) совершенствовали медицину античного рабовладельческого строя. В арабских халифатах были организованы первые больницы. В отличие от военных госпиталей (валетудинариев) в Древнем Риме, убежищ для калек и рожениц в Древнем Египте, небольших частных ятрей в Древней Греции и Древнем Риме средневековые больницы являлись крупными учреждениями для гражданского населения.

В произведениях того времени, например в пятитомнике «Канон медицины» *Ибн Сины*, особое место занимали разделы гигиены и лекарствоведения. Широко излагались правила сохранения здоровья, гигиенические предписания и вопросы диеты в плане личной гигиены и воспитания здорового ребенка.

Средние века в Европе характеризовались крупными эпидемиями высококонтагиозных болезней и слабо развитой больничной сетью. Всюду господствовала схоластика, в госпиталях распространялись проказа, сепсис, рожистое воспаление и газовая гангрена.

В Московском государстве в XVII столетии были заложены основы государственной медицины и открыты первые больницы (в Москве, 1656; Троице-Сергиеве, 1635; Смоленске, 1656). Больным помощь оказывали костоправы и цирюльники, порой самоучки-знахари. В 1707 г. по указу Петра I состоялось торжественное открытие в Москве первого постоянного военного госпиталя, позднее аналогичные госпитали были организованы в Петербурге, Кронштадте и Риге.

Наибольшие заслуги в организации ухода за больными принадлежат крупнейшему представителю медицины первой половины XIX века *Н.И. Пирогову*.

Личное участие Н.И. Пирогова в войнах на Кавказе, особенно в Крымской и русско-турецкой, послужило основой для осознания им факта, что «война есть травматическая эпидемия», что не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым на театре войны. Им впервые была предложена сортировка раненых, устраняющая сумятицу и неразбериху в вопросах очередности оказания помощи по медицинским показаниям. Велики его заслуги в привлечении сестер милосердия к уходу за ранеными в военных условиях. Ранее уход за раненым осуществлял фельдшер-костоправ и солдаты-носилыщики войсковых подразделений.

В 1844 г. Великой княгиней Александрой Николаевной и принцессой Терезой Ольденбургской при участии Н.И. Пирогова на средства благотворительных организаций создана первая община сестер милосердия в Петербурге (с 1873–1874 гг. получившая название Свято-Троицкая). Медицинских сестер избирали из числа незамужних женщин в возрасте от 18 до 40 лет с бескорыстной любовью к людям. Они дежурили возле больных в больницах и на дому. Профессиональная подготовка сестер включала изучение ряда лечебных процедур и Санитарно-гигиенических правил. В 1847 году первые 10 женщин получили звание сестер милосердия.

Расцвет медсестринской помощи связан с образованием по инициативе великой княгини Елены Павловны в 1854 г. в Петербурге Крестовоздвиженской общины. Н.И. Пирогов ввел в работу сестер общины принципы специализации. Были отдельно выделены хозяйки, занимающиеся приготовлением и раздачей пищи; аптекарши, занимающиеся вопросами заготовки медикаментов и др.

В период Крымской войны (1853–1856) многие медицинские сестры, получившие подготовку в общинах, под непосредственным руководством Н.И. Пирогова были направлены в район боевых действий, где работали в медпунктах и госпиталях. Н.И. Пирогов был абсолютно прав, когда

утверждал, что большая часть раненых погибает не столько от самих повреждений, сколько от «внутригоспитального» заражения. Наряду с другими мероприятиями он указал на необходимость улучшения общего состояния раненых, придавая особое значение диете и чистому воздуху.

Подобную же роль организатора ухода за больными на Западе (в Англии) сыграла *Флоренс Найтингейл* (F.Nightingale). Английская сестра милосердия детально изучила организацию медицинской помощи в больницах Германии и Франции, где уход за пациентами был возложен на нищих и проституток.

Во время Крымской войны с 38 помощниками она наладила полевое обслуживание раненых в английской армии, что резко сократило смертность в лазаретах. В 1860 г. Ф. Найтингейл организовала первую в мире школу медсестер в госпитале Сент-Томас (Лондон). Она являлась автором ряда работ о системе ухода за больными и ранеными, долгие годы была медицинским консультантом английской армии.

В 1912 г. Лига Международного Красного Креста учредила медаль им. Ф. Найтингейл как высшую награду медсестрам, отличившимся при уходе за больными и ранеными.

В 1922 году на I Всероссийском съезде по медицинскому образованию были определены типы средних учебных заведений и установлен двухгодичный период обучения.

В 1942 году вышел в свет первый номер журнала «Медицинская сестра». В 1943 году открыты сестринские медицинские пункты для жителей.

Примером высочайшего героизма явился самоотверженный труд медицинских сестер и санинструкторов в период Великой Отечественной войны. Не щадя собственной жизни, они вынесли с поля боя сотни тысяч раненых и оказали им медицинскую помощь.

За рубежом понятию «уход за больным» соответствует термин «сестринское дело». Первое определение сестринского дела сформулировала в 1859 году в «Записках об уходе» Ф. Найтингейл, характеризуя его как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В 1886 году в США была организована первая в мире профессиональная сестринская организация — общество медицинских сестер. В 1899 был создан Международный совет сестер. В 1900 году в Америке издан первый профессиональный журнал медицинских сестер. В 1907 году впервые в мире медсестра Колумбийского университета Аделанда Нуттинг получила ученое звание профессора сестринского дела. В 1987 году на совещании национальных представителей Международного

совета сестер в Новой Зеландии единогласно была принята следующая формулировка: «Сестринское дело — составная часть здравоохранения, которая включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп».

Подготовка медицинских сестер с высшим образованием началась в нашей стране в 1990 году, когда на базе Московской медицинской академии был открыт первый факультет высшего сестринского образования.

В 1993 году в Голицине прошла I Всероссийская научно-практическая конференция по теории сестринского дела. На данной конференции были приняты определения следующих терминов:

Пациент — человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

Сестринское дело — часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

Окружающая среда — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затрагиваются активностью человека.

Здоровье — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

В 1994 году создана Ассоциация медицинских сестер России.

1.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

«УХОД ЗА БОЛЬНЫМ». ВИДЫ УХОДА

Уход за больным — санитарная гипургия (греч. *hypourgiai* — помогать, оказывать услугу) — медицинская деятельность по реализации клинической гигиены в стационаре, направленная на облегчение состояния больного и способствующая его выздоровлению. Во время ухода за больным воплощаются в жизнь компоненты личной гигиены больного и окружающей его среды, которые больной не в состоянии обеспечить сам из-за болезни. При этом в основном используются физические и химические методы воздействия на основе ручного труда медицинского персонала.

Уход за больным приобретает особое значение в хирургии как исключительно важный элемент при хирургической агрессии, кото-

рый смягчает ее неблагоприятные последствия и в немалой степени влияет на исход лечения.

Уход за больными основан на положениях о личной и общей гигиене (греч. *hygieinos* — приносящий здоровье, целебный, здоровый), которые обеспечивают оптимальные условия быта, труда, отдыха человека и направлены на сохранение, укрепление здоровья населения и предупреждение заболеваний.

Совокупность практических мероприятий, направленных на реализацию гигиенических норм и требований, обозначается термином **санитария** (лат. *sanitas* — здоровье; *sanitarius* — способствующий здоровью).

В настоящее время в более широком смысле Санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая деятельность в практической медицине называется **клинической гигиеной** (в стационарных условиях — больничная гигиена).

Уход за больным подразделяют на **общий** и **специальный**.

Общий уход включает мероприятия, которые необходимы самому больному, независимо от характера имеющегося патологического процесса (питание больного, смена белья, обеспечение личной гигиены, подготовка к диагностическим и лечебным мероприятиям).

Специальный уход — комплекс мероприятий, применяемый в отношении определенной категории пациентов (хирургических, кардиологических, неврологических и др.).

Определение понятия «Хирургия»

«**Хирургия**» в буквальном переводе означает рукодействие, мастерство (*chier* — рука; *ergon* — действие).

Сегодня под хирургией подразумевают один из основных разделов клинической медицины, изучающий различные заболевания и повреждения, для лечения которых применяются методы воздействия на ткани, сопровождающиеся нарушением целостности тканей организма для обнаружения и ликвидации патологического очага. В настоящее время хирургия, основанная на достижениях базовых наук, нашла применение при лечении соответствующих заболеваний всех органов и систем человека.

Хирургия широко использует достижения различных дисциплин, таких как нормальная и патологическая анатомия, гистология, нормальная и патологическая физиология, фармакология, микробиология и др.

Анатомия позволяет изучать варианты строения различных органов и систем организма, анатомических зон, показывает возможные варианты восстановления патологически измененных структур.