

**А.А. Глухов, А.А. Андреев,
В.И. Болотских, С.Н. Боев**

ОСНОВЫ УХОДА ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия
для студентов медицинских вузов



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2022

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

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.

Знание физиологии важно в осознании последствий проводимых оперативных вмешательств и коррекции функций организма в послеоперационном периоде.

Своевременное и адекватное применение фармакологических препаратов оптимизирует подготовку больного к операции, а в некоторых случаях, позволяет даже избежать оперативного вмешательства или выполнить его в плановом порядке.

Важным моментом является знание возбудителей инфекционных заболеваний и осложнений, мер борьбы с ними и возможных путей профилактики нозокомиальных (госпитальных) инфекций.

В настоящее время хирургия является направлением, активно использующим не только знания, получаемые в других областях теоретической и практической медицины, но и достижения таких фундаментальных наук, как физика, химия и др. Это касается, например, использования ультрафиолетовых, лазерных, плазменных, ультразвуковых, радиационных, радио- и криовоздействий, внедрения в клиническую практику синтезированных антисептиков, нового шовного материала, протезов и т.д.

В современных условиях оперативное вмешательство представляет собой сложный и многоступенчатый процесс, во время которого осуществляется комплексная коррекция различных функций организма путем применения механических, физических, химических и биологических методов воздействия.

Высокая агрессивность хирургических методов лечения подразумевает тщательную подготовку больного к оперативному вмешательству, интенсивный и грамотный уход за ним в послеоперационном периоде. Неслучайно наиболее опытные специалисты говорят, что успешно выполненная операция составляет только 50% успеха, другая половина приходится именно на выхаживание больного.

1.2.1. Хирургический уход

Хирургический уход представляет собой медицинскую деятельность по реализации личной и клинической гигиены в стационаре, направленную на оказание помощи больному при удовлетворении им основных жизненных потребностей (еда, питье, движения, опорожнение кишечника, мочевого пузыря и др.) и во время патологических состояний (рвота, кашель, нарушения дыхания, кровотечения и т.д.).

Таким образом, основными задачами хирургического ухода являются: 1) обеспечение оптимальных условий жизни больного, способствующих благоприятному течению заболевания; 3) выполнение

назначений врача; 2) ускорение выздоровления пациента и снижение количества осложнений.

Хирургический уход подразделяется на общий и специальный.

Общий хирургический уход заключается в организации Санитарно-гигиенического и Лечебно-охранительного режимов в отделении.

Санитарно-гигиенический режим включает:

- организацию уборки помещений;
- обеспечение гигиены больного;
- профилактику нозокомиальной инфекции.

Лечебно-охранительный режим заключается в:

- создании благоприятной обстановки для больного;
- обеспечении лекарственными препаратами, их правильной дозировке и применении по назначению врача;
- организации качественного питания больного в соответствии с характером патологического процесса;
- правильном проведении манипуляций и подготовки больного к обследованиям и оперативным вмешательствам.

Специальный уход направлен на обеспечение специфики ухода за больным с определенной патологией.

1.2.2. Особенности ухода за хирургическими больными

Особенности ухода за хирургическим больным определяются:

- 1) дисфункциями органов и систем организма, возникающих вследствие заболевания (патологического очага);
- 2) необходимостью и последствиями проведения обезболивания;
- 3) операционной травмой.

Особое внимание у данного контингента больных должно быть направлено, прежде всего, на ускорение процессов регенерации и предупреждение развития инфекции.

Рана является входными воротами, через которые во внутреннюю среду организма могут проникать гноеродные микроорганизмы.

При всех действиях среднего и младшего медицинского персонала в процессе ухода за больным должны строго соблюдаться принципы асептики.

Важное значение при хирургическом уходе имеет *предоперационная подготовка* и выхаживание пациента после оперативного вмешательства. Уход включает также создание для больного благоприятного микроклимата (светлая палата, свежий воздух, удобная и чистая постель, необходимый минимум бытовых предметов).

Действия врача и медицинской сестры трудно разделить на манипуляции по уходу за больным и лечебные процедуры, поскольку многие

мероприятия по уходу за больным имеют лечебное значение, лечебные процедуры служат неотъемлемым компонентом ухода за больным.

Нервно-психический статус. Повышенная нервная возбудимость, возможность развития или наличие болевого синдрома, послеоперационных парезов и параличей, вероятность развития психозов требуют большого внимания к нервно-психическому состоянию хирургического больного уже в предоперационном периоде. Важное значение имеют разъяснительные беседы с больным; в ряде случаев целесообразно продемонстрировать выздоравливающего пациента, благополучно перенесшего подобное хирургическое вмешательство или человека, которому давно сделали аналогичную операцию и чувствующего себя хорошо.

Нарушения функций *сердечно-сосудистой системы* и *анемия*, вызванные кровопотерей и другими причинами, нередко отмечаются у хирургических больных. Они могут привести к снижению артериального давления, включая коллапс.

Длительный постельный режим, малая подвижность и обширные операции, сопровождающиеся повреждением кровеносных сосудов с образованием многочисленных тромбов, создают условия для развития жизнеугрожающих тромбозов и эмболий. Часто наблюдается нарастающая анемия, обычно сопровождающаяся гипоксемией: появляется бледность, цианоз и т.д.

Функции органов дыхания претерпевают в послеоперационном периоде изменения, особенно выраженные при торакальных и гастрохирургических операциях.

Болевой синдром в области оперативного вмешательства обычно сопровождается ограничением дыхательных движений, уменьшением легочной вентиляции с развитием гипоксемии. Малая подвижность больных, особенно в положении на спине ведет к венозному застою в легких, нарушению отхождения мокроты, которая скапливается в бронхах и способствует развитию гипостатической послеоперационной пневмонии. Возникает реальная опасность развития тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

Больных с риском легочных осложнений лучше укладывать на функциональную кровать. Врач и медицинская сестра должны научить пациента глубоко дышать, откашливаться, следить, чтобы он лежал в кровати с возвышенным положением головного конца туловища.

Следует помнить, что в большинстве случаев послеоперационная пневмония является результатом недостаточной эффективности ухода за больными!

Функции органов пищеварения в той или иной степени нарушаются у многих послеоперационных больных, особенно после операций на органах брюшной полости, что сопровождается потерей аппетита, поносами или парезом кишечника и др.

Для нормализации функций слюнных желез необходима регулярная и тщательная санация полости рта.

При застое в желудке содержимого показано его промывание, очистительные клизмы; для восстановления перистальтики кишечника — стимуляция фармакологическими препаратами.

Нарушения водно-солевого обмена являются следствием обильных, повторных рвот, процессов экссудации, поносов, что, в совокупности, приводит к значительной потере организмом больного воды и электролитов, требующим их возмещения. Электролитные расстройства в свою очередь могут провоцировать нарушение всех систем организма: нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других.

Инттоксикационный синдром обусловлен попаданием в системный кровоток продуктов жизнедеятельности бактерий, некротического распада тканей, вызванного воспалительным процессом, оперативным вмешательством и рядом других причин. При развитии данного синдрома состояние больного резко ухудшается. Для купирования синдрома интоксикации назначают детоксикационную трансфузионную терапию, по показаниям — экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция и др.), оксигенотерапию, выполняют некрэктомию (удаление некротических масс хирургическим путем) и др.

Для хирургических больных важно контролировать *состояние повязки на ране*, не давать ей соскальзывать и обнажать послеоперационный шов. При промокании повязки отделяемым из раны, необходимо совместно с хирургом выполнить перевязку. Важным моментом является обязательное отслеживание характера и количества отделяемого по дренажам, герметичности дренажной системы и др. Ухаживающий персонал должен контролировать состояние раны на предмет кровотечения и нагноения. Всегда надо иметь в виду возможность внезапного кровотечения из послеоперационной раны, которое может развиваться как в ранние сроки после операции — соскальзывание лигатуры, лизирование тромба; так и в поздние, например за счет инфекционного расплавления тромба или аррозии стенки сосуда. При нагноении больной обычно жалуется на появление пульсирующих болей в ране, повышение температуры тела; в области раны появляются припухлость, покраснение кожных покровов и др.

Гиподинамия нарушает кровообращение, ведет к тромбозам, эмболиям, уменьшает вентиляцию легких, усиливает гипоксемию, ухудшает все функции пищеварительного тракта, вызывает атрофию мышц и т.д. Недостаточная подвижность хирургических больных может быть вынужденной (многочисленные тяжелые переломы, другие травмы, обширные операции и т.д.) и связанной с общей слабостью, вызванной болезнью. Для устранения гиподинамии используют лечебную физкультуру, массаж, приспособления, помогающие больному передвигаться. Утреннюю зарядку могут проводить по существу все хирургические больные, за исключением пациентов в крайне тяжелом состоянии. Ходячие больные выполняют физические упражнения стоя, средней тяжести — сидя, а лежащие — лежа в кровати. Комплекс упражнений должен быть направлен на все группы мышц и суставов с достаточной нагрузкой.

Примерная схема проведения утренней зарядки

Продолжительность — 12–15 мин, выполняют 8–10 раз каждое упражнение.

Для мышц и суставов шеи:

- а) наклоны головы вперед — назад; влево — вправо;
- б) повороты головы вправо — влево;
- в) вращательные движения головы справа налево и наоборот.

Для мышц рук и плечевого пояса:

- а) выбрасывание рук в стороны, вверх и вперед с распрямлением их и приведением к туловищу со сгибанием в локтевых суставах;
- б) вращение вытянутых рук спереди назад и сзади вперед;
- в) захват руками туловища спереди (выдох) и разведение их в стороны (вдох);
- г) движения в лучезапястных суставах — сгибание, разгибание и вращение предплечий;
- д) сжатие пальцев в кулак и разгибание их.

Для мышц и суставов позвоночника:

- а) наклоны туловища вперед, назад, вправо и влево;
- б) вращение позвоночника вправо и влево с вытянутыми в стороны руками;
- в) сгибание позвоночника вперед с доставанием пола кончиками пальцев.

Для мышц и суставов нижних конечностей:

- а) ходьба на месте с максимальным сгибанием в коленных и тазобедренных суставах;

- б) поочередное движение прямой ноги вперед и назад с одновременным движением прямых рук в этом же направлении для каждой ноги;
- в) поочередное вращательное движение правой и левой вытянутой ноги спереди назад и сзади вперед каждой ногой.

1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Лечебно-профилактическое учреждение возглавляет главный врач, в ведении которого находятся: общее административное управление, хозяйство больницы, финансовые вопросы, кадровая политика. В распоряжении главного врача имеются: для организации административной работы — заместители главного врача по хозяйственной части, по кадрам, по врачебно-трудовой экспертизе, главный бухгалтер; для организации лечебной работы — заместители по хирургии, по терапии, по акушерству и гинекологии и др.

1.3.1. Приемное отделение

Приемное отделение (приемный покой) предназначено для приема пациентов, доставленных в порядке скорой помощи, направленных из поликлиник и амбулаторий или обратившихся за помощью самостоятельно.

Приемное отделение включает вестибюль, регистратуру, справочное бюро, смотровые кабинеты. Приемное отделение имеет тесные функциональные контакты с лабораториями, диагностическими подразделениями стационара, изоляторами, операционными, перевязочными и др.

В приемном отделении осуществляется регистрация больных, врачебный осмотр, необходимый минимум лабораторного и инструментального обследования. При решении вопроса о госпитализации пациент проходит санитарно-гигиеническую обработку и транспортируется в соответствующее лечебно-диагностическое подразделение. При необходимости пациент из приемного отделения может быть сразу транспортирован в операционную (ранение сердца, крупных сосудов и др.).

Обязанности медицинской сестры приемного отделения:

- оформление медицинской карты на каждого госпитализируемого больного (заполнение титульного листа, указание точного вре-

мени поступления пациента, диагноза направившего лечебного учреждения);

- осмотр кожных покровов и волосистых частей тела для выявления педикулеза (вшивости), измерение температуры тела;
- выполнение назначений врача.

Обязанности врача приемного отделения:

- осмотр больного, определение срочности выполнения хирургического вмешательства, необходимого объема дополнительных исследований;
- заполнение истории болезни, постановка предварительного диагноза;
- определение необходимости выполнения санитарно-гигиенической обработки;
- госпитализация в профильное отделение с обязательным указанием вида транспортировки;
- при отсутствии показаний к госпитализации оказание необходимого минимума амбулаторной медицинской помощи.

1.3.2. Отделения хирургического профиля

Отделения являются базовыми подразделениями лечебно-профилактического учреждения и по своей деятельности делятся на два вида: *профильные* (гастрохирургическое, кардиохирургическое, сосудистое, торакальное, колопроктологическое, хирургической инфекции и др.) и *лечебно-диагностические* [физиотерапевтическое, рентгенологическое, катетерной хирургии (внутрисосудистых методов диагностики и лечения), функциональной диагностики, лабораторное и др.].

Возглавляет отделение заведующий, который занимается организацией, контролем и анализом деятельности отделения, подготовкой и воспитанием новых кадров, выполнением наиболее сложных вмешательств и обследований, консультативной работой с профильными больными. В подчинении заведующего отделением находятся врачи-ординаторы, которые проводят основную работу с пациентами: обследование, назначение лечения, обходы, перевязки, операции и др.

В клинических больницах для методической помощи заведующему и ординаторам из числа сотрудников кафедры назначается научный куратор отделения.

Организация работы среднего и младшего медперсонала возлагается на старшую медсестру отделения, которая подчиняется непосредственно заведующему.

Основные помещения отделения

Стандартное отделение включает 60 коек, разделенных на 2 поста по 30 коек.

На 30 коек в отделении должны быть: палаты трех типов — боксовые, послеоперационные и выздоравливающих больных; ординаторская; кабинет заведующего; сестринская; перевязочная; процедурный кабинет; специальные кабинеты в зависимости от профиля отделения (смотровые, гипсовые, манипуляционные, эндоскопические кабинеты); санузлы (из расчета 1 на 10 больных); душевые или ванны комнаты (из расчета 1 установка на 10 больных); санитарская комната, где должен быть унитаз, моечная для обработки подкладных суден и мочеприемников, шкафы для их хранения; шкаф с чистым бельем и контейнер для грязного белья, емкости для антисептиков.

Важным вопросом организации деятельности хирургического отделения является пропускной режим. Посещение больных осуществляется только в специально отведенное время, при этом обращают внимание на внешний вид посетителей и их одежду.

Оборудование медицинского поста

Медицинский пост должен иметь:

- стол с ящиками, содержащими медицинскую документацию постовой сестры, бланки анализов, листов назначений, вызова консультантов, списки пациентов для стола справок, листы диетического питания больных, температурные листы;
- шкафы для хранения оборудования, содержащие емкости с 3% хлорамином для чистых и использованных термометров; мензурки; грелки; стойки для внутривенных вливаний;
- два или более холодильников для раздельного хранения медикаментов и продуктов питания больных;
- передвижной столик для раздачи лекарств;
- раковину, зеркало, мыло, мусоросборник, полотенца для рук (при обходах используется полотенце, смачиваемое дезинфицирующим раствором);
- информационную доску с правилами внутреннего распорядка;
- план эвакуации при пожаре;
- по возможности — селекторную связь с палатами и телефон со списком необходимых номеров.

Холодильник для лекарственных препаратов, сейф для наркотиков и сильнодействующих средств, шкаф для лекарственных препаратов

обычно устанавливают в процедурном кабинете или в специальной запирающейся комнате.

1.3.3. Обязанности старшей медицинской сестры отделения

В обязанности старшей медсестры отделения входит выполнение следующих функций:

- получение, выдача, хранение и контроль расхода лекарственных средств;
- контроль за техническим состоянием инструментария и оборудования, необходимых для работы отделения;
- контроль выполнения врачебных назначений и ухода за больными;
- контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического и лечебно-охранительного режимов в отделении;
- контроль за соблюдением правил техники безопасности;
- контроль за правильностью оформления медицинской документации;
- составление графиков работы и учет рабочего времени среднего и младшего медицинского персонала.

Непосредственное руководство младшим медперсоналом, учет и хранение имущества отделения, кормление больных осуществляет сестра-хозяйка под руководством старшей медсестры отделения.

Медицинские сестры отделения выполняют работу по уходу и наблюдению за больными, выполнению врачебных назначений, соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в отделении. Кормление тяжелобольных осуществляет постовая сестра. Смену белья и уборку помещений — санитарки и сестра-хозяйка отделения. Кормление выздоравливающих больных — буфетчица. Кормление начинают с больных, находящихся на постельном режиме, а затем — ходячих пациентов в столовой.

1.3.4. Функциональные обязанности среднего медицинского персонала

Средний медицинский персонал должен знать и использовать в своей работе.

- Законы и различные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения, регламентирующие деятельность среднего медицинского персонала.
- Структуру и основные аспекты деятельности лечебно- и санитарно-профилактических учреждений.
- Теоретические основы сестринского дела.

- Медицинскую этику и деонтологию; психологию профессионального общения.
- Причины, механизмы развития, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм. Основы организации медицинской и социальной реабилитации; виды, формы и методы реабилитации.
- Фармакокинетику и фармакодинамику основных групп лекарственных средств, показания и противопоказания к их применению, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств; организацию лекарственного обеспечения, нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в медицинском учреждении.
- Основные и дополнительные методы обследования.
- Основы диетологии.
- Систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинского учреждения. Противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции. Иммунопрофилактику.
- Правила техники безопасности при работе с медицинскими инструментами и оборудованием.
- Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

Средний медицинский персонал выполняет следующие функциональные обязанности.

- Осуществляет прием пациентов, знакомит их с правилами внутреннего распорядка, назначенного режима и контролирует их выполнение.
- Обеспечивает инфекционную безопасность для пациента и медицинского персонала (контролирует соблюдение правил Санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, асептики, хранения, обработки, стерилизации и использования изделий медицинского назначения).
- Осуществляет все этапы сестринского процесса при уходе за пациентами (первичную оценку состояния пациента, интерпретацию полученных данных, планирование ухода совместно с пациентом).
- Своевременно и качественно выполняет профилактические и лечебно-диагностические манипуляции и процедуры.
- Ассистирует при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационар-

ных условиях или проводит их самостоятельно в пределах своей компетенции.

- Оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях, несчастных случаях с последующим вызовом врача к пациенту или направлением его в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.
- Сообщает врачу или заведующему, а в их отсутствие дежурному врачу, о выявленных осложнениях, в том числе возникших в результате проведения медицинских манипуляций или нарушений внутреннего распорядка; заболеваниях пациентов.
- Проводит простейшие лабораторные исследования (мочи на белок, сахар, определение гемоглобина и скорости оседания эритроцитов — СОЭ) и оценивает их результаты.
- Вводит лекарственные препараты, противошоковые средства (при анафилактическом шоке) больным по жизненным показаниям (при невозможности своевременного прибытия врача к пациенту) в соответствии с установленным порядком действий при определенных состояниях больного.
- В присутствии врача и под его контролем производит переливание крови и назначенную врачом инфузионную терапию.
- Осуществляет организацию и проведение диспансерного наблюдения за различными группами населения (детьми, подростками, беременными женщинами, участниками и инвалидами войн; пациентами, перенесшими острые заболевания; пациентами, страдающими хроническими заболеваниями и пр.).
- Организует и проводит противоэпидемические мероприятия в очаге инфекционного заболевания.
- Организует и производит профилактические прививки детям и взрослым.
- Обеспечивает правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарств пациентами.
- Проводит отбор материала для бактериологических исследований в соответствии с заболеванием или назначениями врача.
- Разъясняет пациенту способы и порядок подготовки к лабораторным, инструментальным и аппаратным исследованиям.
- Ведет утвержденную медицинскую учетно-отчетную документацию.
- Проводит санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

1.3.5. Права среднего медицинского персонала

Средний медицинский персонал имеет право:

- получать информацию, необходимую для четкого выполнения своих профессиональных обязанностей;
- вносить предложения по совершенствованию работы и организации сестринского дела в учреждении;
- требовать от заведующего, старшей медицинской сестры отделения обеспечения поста (рабочего места) необходимым оборудованием, оснащением, инструментарием, предметами ухода и т.д., необходимого для качественного выполнения своих функциональных обязанностей;
- повышать квалификацию, проходить аттестацию (переаттестацию) с целью присвоения квалификационных категорий;
- участвовать в работе профессиональных ассоциаций медицинских сестер и других общественных организаций, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

1.3.6. Ответственность среднего медицинского персонала

Ответственность среднего медицинского персонала осуществляется в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации:

- за ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей;
- за правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности;
- за причинение материального ущерба.

Таким образом, функциональными обязанностями медицинских работников, осуществляющих уход за хирургическими больными, являются:

- соблюдение правил поведения и личной гигиены;
- контроль и соблюдение правил санитарного режима помещений;
- контроль за лечебно-охранительным режимом;
- общий уход за больным;
- подготовка к стерилизации инструментария и предметов ухода за больным;
- забор материала для анализов;
- предоперационная подготовка больных;
- транспортировка больных;
- помощь врачу при выполнении врачебных манипуляций;
- уход в послеоперационном периоде;
- получение и раздача медикаментов;

- контроль передач для больных;
- кормление больных и др.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое хирургия? Какие дисциплины являются смежными с хирургией, данные каких дисциплин активно используются в хирургической практике?
2. Что такое хирургический, общий и специальный уход?
3. Расскажите краткую историю развития «сестринского дела» в России и за рубежом.
4. Какое отделение называется хирургическим? Виды хирургических отделений.
5. Организация работы лечебно-профилактического учреждения и хирургического отделения.
6. Перечислите наиболее важные подразделения в хирургическом отделении.
7. Перечислите основные функциональные обязанности среднего медицинского персонала.
8. Основные должностные обязанности старшей медицинской сестры отделения.
9. В чем заключаются особенности ухода за хирургическими больными?
10. В чем заключается борьба с гиподинамией у хирургических больных?
11. Составьте программу проведения утренней гимнастики у больных на 3 сутки после операции на органах брюшной полости.
12. Какую программу лечебной физкультуры можно предложить больному с явлениями застойной пневмонии?