

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-  
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ» (учебная практика)  
ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ  
(1 курс лечебный, 1 курс педиатрический, 2 курс медико-  
профилактический факультеты)

Владикавказ 2017 г.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 1.**

**Тема 1.** Устройство, оборудование и оснащение хирургического отделения.

**Цель практического занятия:** ознакомить студентов с устройством, оборудованием и оснащением хирургического отделения.

**Студенты должны знать** устройство, оборудование и оснащение основных структурных подразделений хирургического отделения: приемного отделения, операционно-перевязочного блока, палат, поста медицинской сестры, процедурного кабинета, вспомогательных диагностических и лечебных кабинетов, помещений для медперсонала, помещений хозяйственного и гигиенического назначения.

**Студенты должны освоить** следующие практические знания и умения: ориентироваться в расположении функциональных подразделений хирургического учреждения. Уход за хирургическими больными.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| 1. Вводное слово                      | 5 мин.  |
| 2. Контроль знаний (включая тестовый) | 15 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов   | 65 мин. |
| 4. Заключение                         | 5 мин.  |

**Содержание обучения**

**Устройство, оборудование и оснащение хирургического отделения**

Хирургическое отделение состоит из нескольких структурных подразделений: приемного отделения (покоя), операционно-перевязочного блока, палат, постов медицинских сестер, процедурного кабинета, вспомогательных лечебно-диагностических кабинетов, помещений для медперсонала (ординаторская для врачей, кабинет заведующего отделением, сестринская комната для младшего медперсонала и др.), помещений хозяйственного и гигиенического назначения.

Приемное отделение предназначено для приема и обследования пациентов, доставленных машиной скорой медицинской помощи, направленных лечебными учреждениями или обратившихся самостоятельно (самотеком) в хирургическое отделение.

Прием больных осуществляет дежурный хирург (в крупных отделениях неотложной хирургии бригада хирургов из 3—4 человек), дежурный фельдшер и санитар. Каждый из них имеет четкий круг функциональных обязанностей.

Руководит работой приемного отделения - заведующий приемным отделением (врач-хирург), в ночное время — старший хирург дежурной бригады хирургов. Больной из приемного отделения после постановки диагноза поступает в палату хирургического отделения или сразу в операционную.

**Устройство и организация работы операционно-перевязочного блока**

Операционно-перевязочный блок — это комплекс основных и вспомогательных помещений, предназначенных и оборудованных для выполнения хирургических операций, сложных диагностических исследований и перевязок больных. В него входит

операционный блок (основные и вспомогательные помещения для выполнения операций) и перевязочные (чистые и гнойные). Основными помещениями операционного блока являются операционные (залы, где выполняют операции), предоперационные (для мытья рук персонала перед операцией и одевания стерильной одежды), стерилизационные (комнаты для мытья и стерилизации инструментов хранения запасов стерильного белья и перевязочного материала).

В современных больницах могут быть еще наркозная (комната для подготовки аппаратуры для наркоза и введения больного в наркоз) и аппаратная (комната для размещения контрольно-диагностической аппаратуры). Все эти помещения должны последовательно сообщаться между собой через шлюзы, согласно зонам стерильности.

Операционные залы непосредственно сообщаются с предоперационными широкими дверными проемами. Предоперационная является, как бы пред боксом для операционной. Наркозная также соединена широким дверным проемом с операционной. Операционные залы соединяются со стерилизационной только широким окном, через которое операционная медсестра берет необходимые для операции стерильные инструменты. Аппаратная непосредственной связи с операционной не имеет.

### **Зоны режима в операционном блоке**

С целью создания условий, предупреждающих микробное заражение операционных и, тем самым, возможности попадания микробов в операционную рану (соблюдение правил асептики), помещения операционного блока делятся на 4 зоны. Первая из них называется зоной стерильности. К ней относятся операционная и стерилизационная. Микробное загрязнение воздуха, стен, окон и пола этих помещений должно быть минимальным. Инструментарий, операционное белье, перевязочный и шовный материал должны быть стерильными. Доступ персонала в эту зону резко ограничен. Ходьба и разговор медперсонала без надобности запрещены. Вторая зона - зона строгого режима Сюда входят помещения, которые непосредственно соединены с операционной. Это предоперационная и наркозная. Микробное загрязнение этих комнат может быть несколько большим, чем в операционной. Доступ медперсонала в эти помещения ограничен. Они должны находиться здесь в халатах, шапочках, масках, бахилах. Однако здесь допускается переодевание, подготовка рук к операции, облачение в стерильную одежду т.п. Третья зона — зона ограниченного режима. К ней относятся все вспомогательные помещения операционного блока. Сюда имеет доступ только медперсонал операционного блока и анестезиологической службы. С этой целью для операционного блока выделяют отдельный отсек (часть здания), изолированный от движения основной массы хирургических больных. Четвертая зона - общебольничного режима. Сюда входят помещения, доступ в которые возможен без особых ограничений. Это помещения для посетителей, кабинет зав. отделением, ординаторская для врачебного персонала, кабинет старшей медсестры, комнаты среднего и младшего медперсонала, помещения хозяйственного назначения.

Перевязочные предназначены для проведения перевязок ран больным хирургического отделения и несложных диагностических и лечебных манипуляций (пункций, ревизий ран, блокад и т.д.). Они оснащены набором такого же оборудования и аппаратов, как и перевязочная приемного отделения. В каждой перевязочной работают медицинская сестра и санитарка.

Работу операционно-перевязочного блока организует старшая операционная медсестра, самая квалифицированная операционная медсестра хирургического отделения. Обычно она обслуживает самые сложные хирургические вмешательства. В ее подчинении находится штат операционных медсестер и санитарок. В крупных больницах, где имеется блок из 6—8 операционных, выделяется хирург, ответственный за операционный блок. Требования старшей медицинской сестры по соблюдению режима в зонах операционно-перевязочного блока должны выполняться всеми медработниками беспрекословно. Во время операции ответственным лицом за соблюдением правил асептики, пребывания и поведения в

операционной медицинского персонала и студентов является операционная медсестра каждой операционной. Ее требования являются законом для всех участников операции и студентов. Она же отвечает за подготовку материалов и инструментов к операции, за соблюдение правил асептики и антисептики в операционной.

### **Палаты хирургического отделения**

Палаты хирургического стационара — это помещения круглосуточного пребывания больных. В настоящее время во многих лечебно-профилактических учреждениях имеются дневные стационары, где больной получает необходимое лечение только в дневное время. Обычно палаты рассчитаны на 1—4 человека, редко на большее количество больных (6-8 чел.). Палаты оборудованы койками и постельными принадлежностями, тумбочками. Предметы личной гигиены больные приносят из дома.

Особое место в хирургическом отделении занимает палата интенсивной терапии (ПИТ). Она предусмотрена в первую очередь в хирургических отделениях тех больниц, которые не располагают анестезиолого-реанимационными отделениями. ПИТ предназначена для непрерывного наблюдения и интенсивных методов лечения наиболее тяжелых оперированных и не оперированных больных.

### **Основные рабочие места медсестер хирургического отделения**

Пост медицинской сестры - это фиксированное рабочее место палатной медсестры. Обычно он находится в коридоре (холле) около обслуживаемых ею палат. Он оборудован письменным столом с ящиками для документации 2-3 стульями, тумбочкой, шкапами для таблетированных лекарственных средств и предметами ухода за больными (резиновыми грелками, пузырями для льда, желудочными и дуоденальными зондами, катетерами для мочевого пузыря, газоотводными трубками и др.). На столе или на стене около стола должно быть табло для регистрации сигнализации о вызовах в палаты к больным, а также телефон для связи с ординаторской, лабораторией и другими службами хирургического отделения и больницы. На посту медицинской сестры находятся папки с листами врачебных назначений, бланки направлений на различные лабораторные и инструментальные исследования, расписание работы диагностических кабинетов, памятки и инструкции по выполнению различных процедур (схемы подготовки больных к рентгенологическому исследованию, сонографии, эндоскопии и др.).

### **Устройство процедурного кабинета**

Процедурный кабинет является местом, где осуществляется подготовка к внутривенным введениям лекарственных средств, переливания крови, забор крови из вены для биохимических исследований. Здесь работает квалифицированная медицинская сестра, которая под руководством врачей проводит все внутривенные инфузии. Для этого в процедурном кабинете имеется соответствующее оборудование: шкафы с лекарственными препаратами для внутривенных инфузий, кушетка, бытовой холодильник для хранения лекарственных препаратов при низких температурах; сейф для сильнодействующих и наркотических препаратов, стол для стерильного материала (шариков, пеленок, игл) и инструментов, стол письменный для ведения документации, штативы-стойки для внутривенных инфузий, набор стерильных шприцев различной емкости, одноразовые системы для переливания кровезаменителей, компонентов и препаратов крови, сыворотки для определения групп крови, центрифуга, емкости (чашки Петри) для проведения проб на совместимость компонентов крови донора и больного и др.

### **Помещения гигиенического назначения**

В хирургическом отделении должны быть туалеты, ванная, душ, клизменная, отдельно должны быть туалет и душ. для медицинского персонала.

Для кормления ходячих больных предусмотрена столовая. Как правило, пищу привозят специальным транспортом из кухни лечебного учреждения в термосах. В хирургическом отделении пищу раздают больным согласно диеты, назначенной врачом. Для этого медицинская сестра из листа врачебных назначений ежедневно выписывает диеты всех больных и составляет порционник, который подают старшей

медсестре и в столовую. Кормление тяжелобольных осуществляется средним и младшим медперсоналом, а также студентами и иногда родственниками.

### **Контрольные вопросы**

1. Виды хирургических отделений.
- Устройство хирургического отделения
3. Устройство приемного отделения, его функции, организация работы.
4. Устройство операционно-перевязочного блока:
  - а) основные помещения, их оснащение;
  - б) вспомогательные помещения, их оснащение.
5. Зоны режима операционного блока.
6. Устройство и оснащение перевязочных.
7. Организация работы операционно-перевязочного блока.
8. Устройство и Назначение палат хирургического отделения.
9. Устройство и организация работы процедурного кабинета.
10. Устройство поста медицинской сестры. |
11. Вспомогательные кабинеты хирургического отделения, их устройство и назначение.
12. Помещения для медперсонала, помещения хозяйственного назначения, их устройство.

### Литература

1. Дехтярь В.Г., Титова А.К. Что должна знать и уметь сестра хирургического отделения. М.: Медицина/1997. С. 19—26, 31-33.
2. Мурашко В.В., Шуганов Е.Г., Панченко А.Я. Общий уход за больными. М.: Медицина, 1998. С. 18-39.
3. Тимофеев Н.С., Ханина А.Н., Тимофеев Н.Н. Руководство для младшего медицинского персонала операционно-перевязочного блока. М.: Медицина, 1997. С. 5-36.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 2.**

**Тема: Организация работы хирургического отделения. Предупреждение внутрибольничной инфекции.**

**Цель практического занятия:** ознакомить студентов с организацией работы хирургического отделения и основными принципами предупреждения внутрибольничной инфекции.

**Студенты должны освоить** следующие практические знания и умения: соблюдать принципы работы, предупреждающие распространение внутрибольничной инфекции в хирургическом отделении, проводить уборку помещений чистого и гнойно-септического хирургического отделения, кварцевание (ультрафиолетовое облучение) помещений хирургического отделения, сбор и дезобработку использованных шприцев, по инструкции приготовления рабочих растворов дезинфицирующих и моющих средств.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 15 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 65 мин. |
| 4. Заключение                          | 5 мин.  |

**Методика проведения занятия**

**Организация работы хирургического отделения**

Организует и руководит работой хирургического отделения заведующий. В его подчинении находятся несколько врачей-хирургов (в зависимости от профиля хирургического отделения и количества коек в нем), медицинские сестры и младший медицинский персонал. Работой медицинских сестер и санитарок руководит старшая медсестра хирургического отделения. Заведующий хирургическим отделением, непосредственно подчинен заместителю главного врача по хирургии, а по лечебно-диагностическим вопросам - заведующему кафедрой.

В нашей стране основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции определены приказами Минздрава СССР 720 от 31 июля 1978 года, № 288 от 23 марта 1976 года и приказом Минздрава РФ № 654 от 13 декабря 1989 года.

Для предупреждения внутрибольничной инфекции в хирургическом отделении постоянно выполняется целый комплекс организационных и санитарно-гигиенических мероприятий, которые обеспечивают предупреждение распространения инфекции через воздух, предметы быта и ухода за больными, инструменты и аппаратуру, а также через медперсонал и посетителей.

**Основные принципы предупреждения внутрибольничной (нозокомиальной) инфекции**

Прежде всего медицинский персонал при поступлении на работу в хирургическое отделение проходит полный медицинский осмотр с бактериологическим, лабораторным и рентгенологическим обследованием, получает инструктаж об основных санитарно-гигиенических требованиях на рабочем месте, а в последующем регулярно проходит медицинские осмотры с бактериологическим,

лабораторным и рентгенологическим обследованиями для выявления бактерионосительства или какого-либо заболевания.

Хирургическое отделение обязательно делится на две половины: «чистую» и «гнойную» или «гнойно-септическую». В современных больницах «чистое» и «гнойное» отделения построены в виде отдельных корпусов или располагаются на разных этажах одного здания. На «гнойной» и «чистой» сторонах имеются в полном наборе свои операционные, перевязочные. Палаты, посты медицинских сестер, санузлы носилки-каталки и каталки-кресла, хозяйственные помещения с уборочным и другим инвентарем, постельные принадлежности, отдельный обслуживающий персонал. Ни в коей мере нельзя использовать какие-либо принадлежности «гнойной» стороны на «чистой» или наоборот, поскольку все это будет способствовать распространению внутрибольничной инфекции. В хирургическом отделении нельзя допускать хождение больных с гнойными осложнениями ран или с гнойными процессами в одной палате с больными с негнойными заболеваниями.

Уборку помещений в хирургическом отделении проводят два раза в сутки влажным способом. При этом на «чистой» стороне используют моющие средства, а на «гнойной» стороне, в перевязочных, операционных и приемнике обязательно применяют дезрастворы. При смене постельных принадлежностей и белья они собираются в отдельные закрытые емкости или мешки на «чистой» стороне и в отдельные закрытые емкости на «гнойной» стороне. Не допускается сбрасывание их на пол или сбор в открытые емкости. После выписки больного используемые им кровать, тумбочка и другая мебель протирается дезраствором. Для обеззараживания воздуха в перевязочных, палатах, коридорах, процедурных кабинетах проводится кварцевание в соответствующих для каждого из них режимах.

Особо строгий санитарно-гигиенический режим поддерживается в операционном блоке. Оперблок обязательно отделен от остальных помещений тамбуром, двери которого должны быть постоянно закрыты. В оперблоке устанавливаются стационарные бактерицидные лампы и вентиляционные установки. Вход в операционную лиц, не участвующих в операции, запрещен. Медперсонал, участвующий в операции, перед операцией должен помыться в душе, одеть операционное белье. В тамбуре оперблока снимают халаты, одевают маски и бахилы, а затем заходят в предоперационную. Здесь они обрабатывают руки и одевают стерильную маску и шапочку. Затем проходят в операционную, где одевают стерильный халат и перчатки. Другие лица, имеющие отношение к операции (анестезиологи, консультанты, студенты), перед входом в операционный блок надевают маски, бахилы, аккуратно убирают волосы под шапочку и проходят в соответствующие помещения. Вся аппаратура и приборы, имеющиеся в операционном блоке, а также каталки ежедневно обрабатывают дезраствором. Воздух в операционной обязательно подвергается ультрафиолетовому облучению и вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой. Используемый во время операции перевязочный материал (салфетки, тампоны, марлевые шарики) собираются в закрытые емкости; использованные халаты, маски, шапочки, простыни, пеленки складываются в закрытые емкости отдельно, соответственно своему назначению. Инструменты после операции подвергаются специальной обработке. В операционной проводится постоянный строгий бактериологический контроль всех аппаратов, столов, воздуха и рук хирургов, медсестры и младший медперсонал (студенты) должны всегда помнить, что их действия могут привести к распространению внутрибольничной инфекции в хирургическом отделении и при работе неукоснительно выполнять изложенные требования, помогать врачам своевременно выявлять «гнойных» больных на «чистой» стороне, переводить их на «гнойную» сторону, пользоваться предметами ухода за больными, носилками, каталками только на соответствующей стороне хирургического отделения или в операционном блоке, не смешивать постельные принадлежности и белье, уборочный инвентарь, строго соблюдать санитарно-гигиенический режим на каждом участке работы, широко

пользоваться дезинфицирующими средствами при уборке соответствующих функциональных подразделений хирургического отделения.

### **Контрольные вопросы**

1. Организация работы хирургического отделения.
2. Основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции.
3. Как выявляется бактерионосительство среди медперсонала и больных?
4. Чем обусловлено деление хирургического отделения на «чистую» и «гнойную» стороны?
5. Санитарно-гигиенический режим в приемнике и перевязочных.
6. Санитарно-гигиенический режим в палатах хирургического отделения.
7. Санитарно-гигиенический режим в операционном блоке.
8. Роль среднего и младшего медперсонала в предупреждении внутрибольничных инфекций.

### **Литература**

1. *Беляков В.Д., Колосов А.П., Остроумов П.Б., Немченко В.М.* Госпитальная инфекция. Л.: Медицина, 1976. С. 3-8, 171-199.
  2. *Мицлов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. С. 30-45.
  3. Приказ МЗ СССР № 720-78. М., 1978. С. 5-11.
  4. Приказ МЗ СССР № 654-89. М., 1989.
- Тимофеев Н.С., Тимофеев Н.Н.* Асептика и антисептика. М.: Медицина, 1989. С. 8-16.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 3.**

**Тема:** Медицинская деонтология студентов в хирургическом отделении

Цель практического занятия: ознакомить студентов с деонтологическими принципами ухода за хирургическими больными.

Студенты должны знать: основные положения медицинской деонтологии, основы деонтологии ухода за хирургическими больными.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Заключение                          | 5 мин.  |

Содержание занятия. **Основные положения медицинской деонтологии**

Впервые войдя в хирургическую клинику, студенты должны особенно остро почувствовать, что они уже не просто молодые люди, а медицинские работники, будущие врачи, ответственные за судьбу больных людей, у которых тоже есть родители, дети, близкие, друзья, их мечты и дела.

Коренным отличием хирургии от всех остальных специальностей является необходимость выполнения оперативного вмешательства, которое, даже безупречно выполненное, наносит больному физическую и психическую травму. Хирург должен взять на себя ответственность при определении показаний к операции, как опасность операции не должна превосходить опасности самого заболевания. Неизбежный элемент риска, связанный с операцией, делает труд хирурга чрезвычайно напряженным. В сложных ситуациях, когда единственным средством спасения жизни пациента является операция, остается незыблемым деонтологический принцип: хирург решает вопрос в интересах больного, отодвигая на задний план побочные соображения и заботы о собственной репутации.

Второе положение деонтологии, которое звучит в клятве Гиппократа и в клятве российского врача касается вреда, который может принести врач или другой медицинский работник больному или его родственникам и близким, своим коллегам, вообще, людям и обществу. Положение звучит коротко «Не повреди». Здесь уместно привести слова, написанные профессором Карагановым. «Невежественный актер - жалок, невежественный инженер - убыточен, невежественный врач - опасен».

Принцип «Не повреди» наделяет врача таким качеством, как право все знать - оно выдается врачу вместе с обязанностью взвешивать каждое слово, право на чужую жизнь. Не зря знаменитый Амбруаз Паре говорил: «Цель медицины - если можно - вылечить, если нет - облегчить, но всегда утешить». Следует помнить, что травмируют психику больного такие слова: «вам трудно помочь, так как заболевание запущено», «какой невежда вас лечил?», «вас может спасти только операция», «а где вы столько времени были?» и др.

Академик И.А. Кассирский писал, что врач должен «не ушибить» больного своим неумелым словом и поведением. Истинно для врача сказаны слова древних: «Бели ты дважды подумаешь, один раз скажешь, ты скажешь вдвое лучше».

Соблюдение принципа «Не повреди!» - возможно только при наличии у медицинского

работника такого качества, как высочайшая степень самокритичности, умение правильно и трезво оценить себя и, свои действия. Правильная самооценка и естественное недовольство собой - главные стимулы к постоянному совершенствованию своих клинических знаний и опыта, расширению и углублению знаний, упражнению различными доступными способами мануальных навыков, т.е. стремление непрерывно совершенствовать себя.

Третье положение — это милосердие. Т. Парацельс писал, что «сила врача — в его сердце!». Милосердие является в большей степени качеством, которое воспитывается с детских и юношеских лет на примере окружающих взрослых, а в периоде мышления - на основе самовоспитания. Андре Моруа писал: «Милосердие не является непременно украшением физика или химика, но оно обязательно для врача-терапевта или хирурга».

Врач должен оказать помощь не только по законам морали, но и в соответствии с законодательством, в том числе с уголовным. Статья 128 УК РФ «предусматривает наказание за не оказание помощи больному», и об этом медицинские работники должны знать. Справедливости ради не мешало бы ввести такую статью в Уголовный кодекс и по отношению к людям других профессий (водителей и т.д.), которые могли бы оказать ту или иную помощь пострадавшему.

Одной из задач медперсонала хирургического отделения является необходимость побороть у больного два чувства: страх и боль. Наряду с применением медикаментозных средств, существенным терапевтическим средством является теплое человеческое общение. Беседа с больным может по эффективности превзойти самые сильные седативные средства. Студенты с первого курса должны серьезно подумать: «Сможешь ли ты трудиться днями без отдыха, ночами без сна, слушать мольбы и стоны больных, видеть раны и кровь, безропотно переносить укоры неизлечимых, нередко ощущать, как из твоих рук неумолимая сила вырывает жизнь человека».

Четвертое положение деонтологии - врачебная тайна. Под врачебной тайной следует понимать все сведения, полученные от больного или выявленные при медицинском его обследовании либо лечении, не подлежащие разглашению без согласия больного.

В статье 23 Конституции РФ записано, что каждый имеет право на неприкосновенность личной жизни, личную и семейную тайну. Нарушение этого права допускается лишь на основании судебного решения. В статье 24 Основного закона РФ отмечается, что сбор, хранение и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускается. Сохранение врачебной тайны является моральной обязанностью врача. Ее незаконное разглашение - признак профессиональной непригодности или неопытности Врача. «То, что больной доверил врачу — это тайна! Храни ее свято, если это не угрожает окружающим или обществу», — слова из врачебной клятвы.

При общении с тяжелыми больными, страдающими неизлечимым недугом, возможно летальным исходом, следует руководствоваться правилом: «У постели умирающего — ни слова о смерти». Студент в своих разговорах с больным должен избегать категорических суждений, тем более, если они прогностически неблагоприятны.

Врач и средний медперсонал, имеющие возможность знакомиться с медицинской документацией, должны сохранять в тайне не только сообщенные больным сведения, но и сам факт перенесенного больным заболевания. Нельзя упоминать фамилии больных в научных докладах и трудах, а также демонстрировать фотографию больного, не маскируя лицо.

Пятое положение Деонтологии — поведение медицинского персонала, студентов в хирургической клинике: палатах, операционно-перевязочном блоке, коридорах и фойе, на улице. Сюда относится также общение студентов между собой с больными, их родственниками и близкими, персоналом клиники.

Большое внимание должно быть уделено ношению в хирургическом отделении соответствующей характеру работы одежды - халата, шапочки, сменной обуви, марлевой маски

Человек в медицинском халате. Да, это испытанная традиция, устоявшаяся со

времени открытая антисептики и до наших дней. Сегодня имеются какие-то нововведения. Например, халаты стали голубой или другой тональности. Вместо халатов, особенно в клиниках хирургического профиля, появились костюмы. Вместе с тем главным требованием к профессиональной одежде медиков остается защита от инфекций самого медика, больного, которого он курирует, а также остальных, с кем медик встречается (другие больные, родственники, друзья и т.д.). То есть речь идет, прежде всего, о нозокомиальной (госпитальной) инфекции. Поэтому дело чести медицинского работника относиться к своей профессиональной одежде очень серьезно.

В оптимальных условиях студент, придя на занятие в хирургическую клинику, должен полностью переодеться в рабочую одежду. Не допускается пребывание в хирургическом отделении студентов и сотрудников в шерстяных кофтах под халатом, вообще в шерстяной одежде, которая способна аккумулировать на себе микроорганизмы и может явиться причиной передачи инфекции. Воротнички, рукава и другие части своей одежды должны быть тщательно скрыты под халатом. Шапочка или, косынка должны полностью, в особенности спереди, закрывать волосы. Волосы также способны, аккумулировать на себе инфекционное начало и быть передаточным звеном для инфекции. Доказано, что даже после тщательного мытья волос, последние содержат флору, полученную в хирургическом отделении в случае не покрытия волосистой части головы.

В хирургическом отделении обязательным является ношение сменной обуви. Последняя не обязательно должна быть новой. Это может быть ношенная ранее обувь, но тщательно вымытая, в которой вы нигде не ходите, кроме клиники. Студент обязан иметь с собой марлевую маску или целлулоидную, однократного применения, ибо в любое время он может быть в перевязочной, операционной.

#### **Деонтология ухода за хирургическим больным**

Важным моментом является общение студентов с больными во время ухода за ними, обхода больных лечащим врачом, преподавателем и т.д. Как правило, мы представляем студентов больным как будущих докторов. Иногда у студентов верх берет не разум, а молодость. Поэтому можно видеть, как в палате или другом месте хирургической клиники, студенты шумят, смеются, толкают друг друга и т.д., забывая, что рядом больные, имеющие в связи с заболеванием отклонения в психике, воспринимают смешки и отдельные слова студентов на свой счет. Это усугубляет течение процесса и затрудняет выздоровление. Святым местом в хирургической клинике является операционная. У всех студентов и сотрудников должен выработаться культ, глубокого уважения к операционной, как к торжественному месту, где повседневно решается судьба здоровья и жизни людей. В операционной должны строго соблюдаться правила поведения всех находящихся в ней сотрудников и студентов.

В заключение следует сказать следующее. Врач должен избирать свою профессию по призванию. Интересы дела, интересы больных для него превыше всего. Поведение врача, его умение вести прием, тщательность и полнота обследования, благоприятное нравственное влияние на пациента, убедительность заключений во многом определяют конечные результаты лечения, являются положительным результатом общения и контакта врача и больного. А.П. Чехов писал: «Профессия врача — подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это».

Прекрасные слова сказаны известным хирургом М.И. Коломийченко: «Профессия врача — особая профессия. Сняв халат и закрыв на ключ кабинет, он не может оставить за его дверью все заботы и сомнения, все тревоги о больном человеке. Много раз будет он просыпаться по ночам, спрашивая себя, все ли сделано для спасения жизни; много раз, сидя у себя, у друзей, в театре, он внезапно почувствует себя не на месте, пронзенный острым беспокойством за судьбу больного: много раз он будет преодолевать собственное нездоровье, забывать о личных своих бедах и неурядицах, чтобы успокоить чужую боль».

Поэтому идя в медицину, подумай - сможешь ли ты...! Если сможешь — успехов тебе.

### **Контрольные вопросы**

1. Понятие о медицинской деонтологии.
2. Основные положения медицинской деонтологии.
3. Особенности профессиональной одежды сотрудников хирургической клиники.
4. Деонтология ухода за хирургическими больными.
5. Особенности деонтологии в операционной.

### **Литература**

1. Вагнер Е.Л., Росновский А.А. О самовоспитании врача. Пермь, 1976. С. 63-75.
2. Деонтология в медицине / Под. общ. ред. Б.В. Петровского. М.: Медицина, 1988. Т. 1. С. 8-72. Т. 2. С.3-27

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 4.**

**Тема: Клиническая гигиена питания медицинского персонала хирургического отделения**

**Цель практического занятия:** ознакомить студентов с режимом питания и труда медицинского персонала хирургического отделения.

**Студент должен знать:** условия питания и труда медицинского персонала (врачей, медсестер, санитарок), влияние этих факторов на их здоровье, меры профилактики пагубного влияния факторов питания и труда на здоровье медицинского персонала.

**Студент должен освоить** следующие практические навыки и умения: контролировать режим питания и труда медперсонала, проводить мероприятия, направленные на повышение трудоспособности медицинского персонала.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия. Гигиена питания**

Гигиена питания является частью общей гигиены, изучающей все проблемы, связанные непосредственно с питанием. Основной задачей Гигиены питания является изучение и научное обоснование оптимального питания, которое должно способствовать физическому и умственному развитию, наибольшей трудоспособности и длительности жизни; Энерготраты лиц разных профессий колеблются в пределах 3000-5000 ккал в сутки. Людей разных профессий условно можно разделить на 4 группы в зависимости от степени их трудовой нагрузки.

Нормы потребления пищевых продуктов, т.е. набор продуктов, разрабатываются на основе физиологических потребностей человека в разнообразных пищевых веществах, химического состава и питательной ценности пищевых продуктов, влияния их на состав технологической и кулинарной обработки.

Следует отметить, что усвояемость продуктов растительного происхождения ниже, чем продуктов животного происхождения. При этом лучше усваивается смешанная пища, чем отдельные пищевые продукты.

Большое значение имеет пищевой фактор в развитии заболеваний. Известно, что длительное употребление малокалорийной, неполноценной по составу пищи приводит к истощению организма, делает его более восприимчивым к инфекционным болезням, более чувствительным к отрицательному воздействию внешней среды, к развитию ряда заболеваний, объединенных в группу болезней нарушенного питания (алиментарная недостаточность).

**Гигиена труда**

Гигиена труда или профессиональная гигиена изучает трудовую деятельность человека и окружающую производственную среду с точки зрения их возможного воздействия на организм, разрабатывает гигиенические нормативы и мероприятия, имеющие своей

целью обеспечение наиболее благоприятных и здоровых условий труда. В частности, исследует влияние на организм химических и физических факторов производственной среды (веществ для наркоза, шума, стонов больных и т.д.), разрабатывает гигиенические нормативы производственной среды (допустимую бактериальную загрязненность операционных, перевязочных, палат и подсобных помещений, освещенность), изучает трудовые процессы и вызываемые ими физиологические и патологические сдвиги в организме медперсонала, разрабатывает рациональный режим труда и отдыха, мероприятия по предупреждению пагубного влияния производственных вредностей и улучшению условий труда, исследует состояние здоровья, общую и профессиональную заболеваемость.

Канализация — комплекс санитарно-технических сооружений, предназначенных для сбора, удаления и обезвреживания сточных вод. Канализация — один из способов охраны здоровья медицинского персонала от вредного влияния отбросов и нечистот, загрязняющих почву, воду и, отчасти, воздух. Сточные воды из жилья, больницы удаляются на сооружения по их очистке и обезвреживанию непосредственно из мест образования. Если снижение заболеваемости кишечными инфекциями можно считать прямым следствием введения канализации, то уменьшение общей заболеваемости и смертности после устройства канализации является результатом общеоздоровительного влияния ее на благоустройство и санитарное состояние населенных пунктов и городов.

#### **Контрольные вопросы**

1. Определение понятия гигиена питания.
2. Определение понятия гигиена труда.
3. Энерготраты и пищевой рацион медицинского персонала.
4. Режим питания.
5. Режим труда.
6. Профилактические меры, направленные на улучшение работоспособности медицинского персонала.

#### **Литература**

*Смолянский Б.Л.* Руководство по лечебному питанию для диетсестер. Л.: Медицина, 1977. С. 11-70.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 5.**

**Тема: Личная гигиена медицинского персонала**

**Цель практического занятия:** ознакомить студентов с личной гигиеной медицинского персонала.

Студент должен знать: основные требования личной гигиены медицинского персонала хирургического отделения, гигиену одежды, эпидемическое значение бациллоносительства среди медперсонала и больных.

Студент должен освоить следующие практические знания и умения: соблюдать правила личной гигиены медперсонала, правильно пользоваться медицинской одеждой.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия: Личная гигиена**

Под личной гигиеной следует понимать гигиенические правила человека на производстве и в быту. В более узком понимании к личной гигиене относится гигиеническое содержание тела, белья, одежды, обуви, постельных принадлежностей и других окружающих человека предметов. Строгое соблюдение правил личной гигиены является важным звеном в цепи профилактических мероприятий, направленных на предупреждение внутрибольничной инфекции. Основные требования к личной гигиене сводятся к соблюдению чистоты кожных покровов и волос, полости рта и зубов, одежды и обуви, постельных принадлежностей, посуды.

Чистота кожи является важной предпосылкой нормального отправления физиологических функций не только кожи, но и организма в целом. Чистые руки - обязательное условие предупреждения ряда инфекционных заболеваний и глистных инвазий.

**Гигиена одежды**

Важную роль в уходе за телом играют белье, одежда и обувь, обеспечивающие чистоту кожных покровов и защиту тела от загрязнений и травматических повреждений. Уход за предметами одежды и обуви является одним из элементов личной гигиены человека. Важным требованием к одежде и обуви надо считать их свойство легко освобождаться от загрязнений при чистке и стирке.

Для работы в операционной на сменную обувь надевают бахилы, изготовленные из хлопчатобумажной ткани. Во время работы медицинский персонал операционных и перевязочных постоянно пользуется масками.

Медицинские халаты — специальная одежда медицинского персонала для защиты собственной одежды от загрязнения, инфекции и ограждения от них больного. Халаты медицинские делают обычно из легко очищаемой при стирке гладкой хлопчатобумажной ткани белого цвета. Существуют два типа медицинских халатов -

хирургические, которые завязываются сзади и терапевтические, которые застегиваются спереди.

Халаты для больных являются их верхней одеждой и в зависимости от времени года могут быть из легкой льняной или теплой фланелевой ткани. Они должны содержаться в чистоте, поэтому надевать их больные должны только тогда, когда они ходят или сидят, лежать же в постели в халатах не следует. правила.

Одним из методов воспитания гигиенических навыков является санитарный минимум. Последний для медицинского персонала включает: ношение медицинских халатов, шапочек, брюк, бахил, а также мытье рук, обработка их дезинфицирующими растворами (спирт, фурацилин, хлорамин и др.). После работы рекомендуется мытье всего тела под душем. Для этого в хирургическом отделении оборудуются специальные душевые.

### **Понятие о бациллоносительстве**

Бациллоносительство — сохранение в организме человека и выделение в окружающую среду возбудителей заразной болезни без видимого клинического проявления заболевания. В хирургических отделениях бациллоносителями гноеродных микроорганизмов (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка и др.) могут быть врачи, медицинские сестры, санитарки, больные. Среди переболевших заразными болезнями, как холера, брюшной тиф и др., могут быть бациллоносители холеры и брюшного тифа. У носителей возбудители сохраняются и выделяются через те органы и системы, что и при явно выраженных клинических формах заболевания, например, при кишечных инфекциях - с испражнениями, при капельных инфекциях — через дыхательные пути. Л.В. Громашевский различает три категории носителей: а) здоровые, т.е. не болевшие в прошлом; б) реконвалесцентные, т.е. переболевшие и оставшиеся после этого носителями; в) иммунные, т.е. приобретшие иммунитет после перенесенной болезни в прошлом и ставшие носителями в результате нового заражения. Эпидемиологическое значение бациллоносителей связано с тем, что при многих инфекционных болезнях носители являются одним из источников заражения здоровых людей. Особенно велико значение носительства в отделениях больниц, где постель может стать причиной эпидемии. В качестве профилактики рекомендуются периодические обследования медицинского персонала и больных на предмет носительства и выявления заболеваний и проведение оздоровительных мер и лечения.

### **Контрольные вопросы**

1. Что входит в понятие личной гигиены?
2. Основные условия соблюдения личной гигиены.
3. Гигиена одежды.
4. Бациллоносительство и его значение.
5. Гигиенические условия работы в операционной и перевязочной.

### **Литература**

1. Дехтярь Е.Г., Титова А.К. Что должна знать и уметь сестра хирургического отделения. М.: Медицина, 1973. С. 3—17.  
Тимофеев Н.С., Ханина А.Н., Тимофеев Н.Н. Руководство для младшего медицинского персонала операционно-перевязочного блока. М.: Медицина, 1993. С. 27—37.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 6.**

**Тема: Клиническая гигиена окружающей среды в палатах, коридорах и подсобных помещениях хирургического отделения**

**Цель практического занятия:** обучить студентов методам профилактики вредного воздействия факторов микроклимата хирургического отделения на организм больного.

**Студент должен знать:** оптимальные показатели температуры и влажности в хирургическом отделении, оборудование и площадь палат, источники загрязнения и инфицирования воздуха, правила охранительного режима, способы и методы профилактики загрязнения и инфицирования воздуха.

**Студенты должны освоить следующие практические знания и умения:** выполнять влажную уборку в хирургическом отделении, проветривать палаты, подсобные помещения, коридоры, уметь готовить и пользоваться дезинфекционными растворами (дезрастворами) и моющими средствами, измерять температуру и влажность воздуха, проводить санитарно-просветительную работу о вреде курения и употребления алкоголя.

**Время занятия. Два часа**

План занятия.

1. Вводное слово	5 мин.
2. Проверка подготовленности студентов	20 мин.
3. Самостоятельная работа студентов	60 мин.
4. Подведение итогов занятия.	5 мин.

**Содержание занятия**

Основную часть времени больные хирургического отделения проводят в палатах. Норма площади на больничную койку в одноместной палате - 9 кв. м., в палатах на 2 койки и более - 7 кв. м (СНиП-69-78). Не рекомендуется делать палаты более чем на 5—6 человек. В соответствии с гигиеническими установками каждому взрослому больному должно быть обеспечено 25 куб. м воздуха, что достигается площадью на 1 койку 7 кв. м при высоте помещения 3,5 м. В настоящее время многие гигиенисты считают, что воздушный объем в палатах (вне зависимости от числа коек) должен находиться в пределах 40—50 куб. м на одного больного. Такой воздушный объем позволяет поддерживать чистоту и качественный состав воздуха (температура, влажность, содержание углекислого газа т.д.) при плановом посещении больных (три раза в неделю) родственниками, друзьями. Наиболее удобны небольшие палаты на 2-4 койки. В отделении обязательно должны быть несколько палат по 1 койке. Среди постоянных составных частей воздуха основное значение имеет кислород, необходимый для дыхания всем живым существам за исключением немногих анаэробных микроорганизмов.

**Температура воздуха**

Теплообмен является одним из основных видов взаимодействия организма человека с окружающей его средой. Человек выделяет тепло в окружающую среду: через кожу, при дыхании, через органы выделения. Тепло, отдаваемое организмом больного, медперсоналом, посетителями в окружающее пространство при недостаточном

воздухообмене может влиять на повышение температуры в закрытых помещениях (палатах). Для человека, одетого легко и находящегося в покое, наиболее благоприятной считается температура воздуха 18—20 °С. Для контроля за температурным режимом на внутренней стене на латы укрепляют термометр, который показывает температуру воздуха.

### **Влажность воздуха**

В атмосферном воздухе и воздухе закрытых помещений всегда находится некоторое количество паров воды. Влажность воздуха влияет на организм человека следующим образом: а) высокая влажность воздуха, имеющего низкую температуру, повышает теплоотдачу; б) высокая влажность воздуха, имеющего высокую температуру, затрудняет теплоотдачу; в) низкая влажность воздуха, имеющего относительно низкую температуру, не оказывает заметного влияния на самочувствие человека; г) низкая влажность воздуха, имеющего высокую температуру, отрицательно сказывается на самочувствии человека, повышает потерю влаги из организма, вызывает сухость слизистых оболочек верхних дыхательных путей, сухой кашель, осиплость голоса. Для определения влажности воздуха пользуются психрометром Августа или гигрометром.

### **Запыленность воздуха**

В атмосферном воздухе и воздухе закрытых помещений всегда содержится некоторое количество пыли. Содержание пыли в нижних слоях атмосферного воздуха колеблется в очень широких пределах: от 0,01 мг/куб. м до десятков миллиграммов на 1 куб. м воздуха.

Загрязнение легочной ткани снижает сопротивляемость легочной ткани к инфекции.

### **Микробное загрязнение воздуха**

Наряду с прочими загрязнениями в воздухе содержатся и микроорганизмы (бактерии, споры, плесневые грибки). Чаще всего они находятся на поверхности пылинок, с которыми и переносятся потоком воздуха. Подавляющее большинство бактерий, находящихся в атмосферном воздухе, являются сапрофитами. Болезнетворные микроорганизмы в открытой атмосфере встречаются крайне редко, что связывают с губительным действием на них ультрафиолетовых лучей.

### **Запахи воздуха**

Большое влияние на самочувствие и настроение больных могут оказывать запахи. Человек способен качественно различать до 10 тысяч различных запахов, животные — значительно больше.

Чувствительность к запахам может меняться в зависимости от физиологического состояния человека. Запах является сильным возбудителем отделения пищеварительных соков, повышает или угнетает аппетит. Запахи различного происхождения могут рефлекторно вызывать сокращение кровеносных сосудов, повышать уровень АД, усиливать деятельность сердца и т.д.

Особо следует остановиться на вредном влиянии сажи и смолистых веществ, входящих в состав дыма. Гигиенисты и онкологи относятся к вопросу о влиянии курения на рост заболеваемости раком с величайшим вниманием, продолжая дальнейшие исследования и наблюдения (при курении сигарет выделяется сильнодействующее канцерогенное вещество: 3,4 - бензпирен). Доказано вредное влияние курения на легкие, сердце, желудок, сосуды нижних конечностей и др. органы. Курить в лечебном учреждении нельзя, а в хирургическом отделении тем более нельзя, и этот вопрос обсуждению не подлежит.

### **Бытовой шум в палатах**

Важнейшим элементом лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в больнице, является соблюдение тишины. Нужно помнить, что последствия жилищно-бытового шума на человека весьма многообразны: от раздражающего влияния до развития патологических изменений в органе слуха и других системах. Звуковые раздражения создают в коре головного мозга человека очаги застойного

возбуждения или торможения, что неблагоприятно отражается на функции сердечно-сосудистой системы. С шумом многие исследователи связывают отмечающийся рост больных с нервными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, язвенной болезнью и др.

#### **Меры предупреждения микробного загрязнения палат**

Для предупреждения и профилактики загрязнения и инфицирования окружающей среды в палатах, холлах и коридорах хирургического отделения существует ряд методов и правил, соблюдение которых обязательно для медперсонала, больных и родственников. Посещение больных родственниками должно быть строго по расписанию. Желательно, чтобы родственники встречались в палатах только с тяжелобольными. Основная масса посетителей должна встречаться со своими больными в холлах и приемном покое (зал для посетителей). Это позволяет значительно уменьшить загрязненность помещений хирургического отделения.

Больничная мебель для всех помещений должна отвечать следующим требованиям: 1) быть удобной для больного; 2) облегчить персоналу уход за больными; 3) легко передвигаться; 4) быть удобной для содержания ее в чистоте; 5) не портиться от мытья и влажной дезинфекции. Размеры мебели должны соответствовать возрастным группам больных.

Еженедельно должна проводиться генеральная уборка палат с обработкой пола, потолка, стен дезинфицирующими растворами, например, 3% раствором лизола или 2% раствором хлорамина. Эффективным антисептиком является сочетание 5% перекиси водорода с 0,5% раствора моющего порошка. Эта смесь не портит деревянные и металлические вещи, которые, разумеется, надо после обработки вытирать насухо.

Особое внимание следует уделять чистоте санузлов, где, кроме унитазов, имеются закрытые шкафы для хранения суден, а также специальные машины для их мытья, дезинфицирующие растворы (осветленный раствор хлорной извести, хранящийся в темной стеклянной посуде с притертой пробкой, или 2% р-р хлорамина). Помещение туалета должно тщательно проветриваться, уборка его проводится по мере необходимости. Посетители не должны садиться на кровать к больному, громко разговаривать, сообщать неприятные новости, а также приносить запрещенные продукты.

На чистоту воздуха в хирургическом отделении большое влияние оказывают зеленые насаждения на территории больницы. Во многих больницах страны для создания микроклимата принято сажать хвойные деревья. Прогулки выздоравливающих больных на свежем воздухе по такой зеленой зоне оказывают свое благотворное воздействие.

Для борьбы и профилактики инфекции в палатах, особенно гнойного отделения, применяют бактерицидные лампы (круговые, потолочные). Для обеззараживания воздуха ультрафиолетовые лампы надо располагать так, чтобы они не оказывали прямого воздействия на глаза людей, и включать на 30-40 минут с перерывами на 2-3 часа. Включение одной лампы БУВ -30 на каждые 10-15 куб. м воздуха снижает через 10-15 минут численность бактерий в воздухе на 70—80%. Целесообразно включать бактерицидные лампы в период уборки, интенсивного движения людей и т. п.

#### **Вентиляция воздуха**

В хирургических отделениях применяются две основные системы вентиляции: естественная и искусственная. Наиболее эффективна искусственная вентиляция (приточно-вытяжная с побудительной вентиляцией) и, в особенности, кондиционирование. В настоящее время пока еще более распространена естественная вентиляция при помощи форточек и фрамуг, но она менее совершенна (сквозняки, приток холодного воздуха в одних частях помещения и плохое проветривание в других).

### **Контрольные вопросы**

1. Что следует понимать под окружающей средой в хирургическом отделении?
2. Назовите оптимальные показатели температуры и влажности воздуха для больного.
3. Как вы представляете себе механизм влияния пыли на организм больного?
4. Расскажите механизм теплообмена между организмом человека и окружающей средой.
5. В чем заключается вредное воздействие шума на организм человека?
6. Что такое охранительный режим в хирургическом отделении?
7. Правила уборки в палате.
8. Какие виды влажной уборки вы знаете?
9. Назовите источники загрязнения и инфицирования окружающей среды в хирургическом отделении.
10. Расскажите о способах и методах борьбы с загрязнением и инфицированием окружающей среды в хирургическом отделении?
11. Что такое организованный и неорганизованный воздухообмен?

### **Литература**

1. *Заликина Л.С.* Общий уход за больными. М.: Медицина, 1979. С. 32-39, 45-46.
2. *Кондратьев В.Г.* Общая гигиена. М.: Медицина, 1972. С. 25-58.
3. *Татинский Л.С., Мурашко В.В.* Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными. М.: Медицина, 1979. С. 145-149.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 7.**

**Тема: Клиническая гигиена окружающей среды в операционно-перевязочном блоке.**

**Цель практического занятия:** обучить студентов методам профилактики и борьбы с загрязнением окружающей среды в операционно-перевязочном блоке.

**Студент должен знать:** факторы загрязнения окружающей среды. Источники, пути распространения и виды инфекции, методы контроля за чистотой окружающей среды, способы и методы профилактики и борьбы с загрязнением воздуха бактериями.

**Студент должен освоить следующие практические знания и умения:** выполнять уборку помещений операционного блока и перевязочных. Пользоваться проточно-вытяжной системой, кондиционерами, бактерицидными лампами, готовить дезрастворы и моющие растворы для влажной уборки, соблюдать меры, направленные на профилактику загрязнения воздуха.

**Время занятия. Два часа**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия Источник инфицирования ран**

Соблюдение санитарно-гигиенических норм окружающей среды в операционно-перевязочном блоке является жизненно необходимым.

Для борьбы с инфекцией в окружающей среде применяется такой метод хирургической работы, как асептика. В хирургической работе требуется соблюдение основного закона асептики, который формулируется так: все, что происходит в соприкосновение с раной, должно быть свободно от бактерий, т. е. стерильно. Для проведения в жизнь этого закона необходимо хорошо знать источники, из которых бактерии могут попасть в рану. Этих источников два — гэкзогенный и эндогенный.

Экзогенной считается инфекция, попадающая в рану из внешней среды, окружающей больного: из воздуха (воздушная инфекция) с брызгами слюны и другой жидкости (капельная), с предметов, соприкасающихся с раной (контактная), с предметов, оставляемых в ране (швы, дренажи и др. — так называемая Имплантационная инфекция).

Эндогенной считается инфекция, находящаяся внутри организма или на его покровах (коже, желудочно-кишечном тракте, дыхательных путях и др.)

Установлено, что воздушная и капельная инфекции играют большую роль в развитии послеоперационных осложнений и что количество бактерий в воздухе операционной к концу рабочего дня резко увеличивается. В воздухе операционных и перевязочных обнаруживаются патогенные формы микроорганизмов. Предупреждение воздушной инфекций в хирургических отделениях зависит от их устройства и оборудования, организации работы в них и проведения мероприятий, направленных на профилактику и уничтожение имеющихся бактерий в

окружающей среде.

### **Клиническая гигиена операционной**

Операционный блок располагают, как правило, не ниже второго этажа, что позволяет значительно уменьшить запыленность помещений (при отсутствии искусственного воздухообмена). Несмотря на то, что естественный свет не может полностью обеспечить проведение современных операций, часто требующих дополнительного освещения глубоких полостей и ран, он имеет большое значение. Наиболее важно проникновение прямых солнечных лучей. Однако прямые солнечные лучи, отражаясь от гладких окон, пола и инструментов, затрудняют работу хирурга и, кроме того, нагревая воздух, в летние месяцы создают тяжелый микроклимат для персонала и больных. В связи с этим, в настоящее время считают правильным располагать операционную с ориентацией окон на север или северо-запад.

На территорию операционного блока допуск персонала ограничен, что играет немаловажную роль в поддержании чистоты.

На всех, кто входит в операционный блок, должны быть надеты чистые халаты, завязанные сзади, шапочка, маска и бахилы.

Для уменьшения риска загрязнения в современных клинических операционных присутствующие на операции студенты и врачи наблюдают за ходом ее через стеклянный потолок операционной, находясь вне операционной, используется также телевидение.

В операционной поддерживаются определенная температура, влажность и чистота воздуха.

По данным В.Д. Комарова (1986) при установке кондиционеров в операционном блоке необходимо исходить из следующих положений. Воздух сменяется не менее 12-15 раз в час при продолжительности операции 60-80 мин. В операционной создают положительное давление 20 мм. рт. ст., влажность 50-55% и рециркуляцию воздуха с эффективным фильтрованием до 80%. В операционную воздух поступает через потолочные панели шириной 3,05 м, расположенные над операционным столом. Температура в операционной должна быть 18,5-23,8°C. Операционные с вертикальным потоком воздуха имеют меньший риск микробного обсеменения по сравнению с горизонтальным, но они сложнее в эксплуатации и обслуживании.

В последние годы предложены специально сконструированные операционные кабины с ламинарным потоком стерильного кондиционированного воздуха. Для производства особо сложных (длительных) операций на органах кровообращения в настоящее время созданы специальные барооперационные, где производят операцию под повышенным атмосферным давлением.

Для содержания операционной в чистоте большое значение придается уборке. Существуют следующие виды уборки операционной.

Предварительная уборка. Текущая уборка. Заключительная уборка. Генеральная уборка.

Уборка операционного блока и перевязочных производится влажным способом с применением раствора соды, зеленого мыла и лизола.

Для борьбы с инфекцией производят дезинфекцию операционного блока. Различают плановую и внеплановую дезинфекцию. Плановая дезинфекция производится раз в месяц, а при надобности и чаще. Внеплановая дезинфекция производится после некоторых операций (загрязнение операционной кишечным содержимым, операции по поводу анаэробной инфекции).

Для обеззараживания воздуха пользуются распылителем аэрозолей.

Наиболее распространены в настоящее время бактерицидные лампы из увиолевого стекла, дающие коротковолновые ультрафиолетовые излучения и позволяющие снизить микробное обсеменение воздуха на 50—80% (в течение 1—1,5

ч работы одной дежурной бригады).

Целесообразно комбинированное облучение воздуха бактерицидными лампами с проветриванием, если окна операционной выходят в сад или зеленый массив.

Работа хирургического стационара определяется приказом МЗ СССР №720 от 31.07.78 г. «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией».

На основании приказа МЗ СССР № 1653 от 23.12.86 г. «О разрешении к применению новых дезинфицирующих средств» рекомендуем для проведения текущей дезинфекции применять следующие дез. средства: ДП-2. АМФОЛАН.

#### **Контрольные вопросы**

1. Назовите виды уборки операционной.
2. Напишите рецепт 3% моющего раствора перекиси водорода с синтетическим моющим средством.
3. Источники загрязнения операционной.
4. Какие вы знаете источники и пути распространения инфекции?
5. Методы борьбы с загрязнением и инфицированием воздуха.
6. Каким должен быть микроклимат в операционном блоке?
- 7. Что такое барооперационная?
8. Какой основной метод контроля за стерильностью в операционных и перевязочных?

#### **Литература**

1. Брукман М.С. Руководство для операционных сестер. М.: Медицина, 1981. С. 55-68.  
Тимофеев Н.С., Ханина А.Н. Руководство для санитарок операционно-перевязочного блока. Л.: Медицина, 1972. С. 22-32.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 8.**

**Тема: Техника безопасности работы младшего медперсонала в хирургическом отделении**

Цель практического занятия: обучить студентов строгому выполнению правил техники безопасности при работе среднего и младшего медперсонала в хирургическом отделении. Обучить студентов методам техники безопасности ухода за хирургическими больными в пред- и послеоперационном периодах.

Студенты должны знать: методы предупреждения оставления инородных тел при полостных операциях, вероятные причины электротравм, взрывов и пожаров в палатах и операционных, меры их профилактики и пути их устранения. Технику безопасности санитарной обработки операционного поля, транспортировки больных, кормления, а также технику безопасности выполнения некоторых диагностических и лечебных манипуляций желудочно-кишечном тракте.

Студенты должны освоить следующие практические знания и умения: правильно считать инструменты, салфетки и другой материал, используемый в процессе полостных операций, обращаться с электроаппаратурой и приборами, контролировать соблюдение техники безопасности больными. Правильно брить операционное поле, транспортировать больных, кормить больных через зонд.

Время занятия. Два часа.

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

Содержание занятия

**Роль среднего и младшего медицинского персонала в предупреждении оставления инородных тел при полостных операциях**

Напряженная работа операционного блока требует ее четкого планирования и высокой дисциплинированности всего медперсонала.

Операционная сестра и санитарка должны точно знать количество инструментов, салфеток, тампонов, шариков, взятых на операцию.

Каждый студент, работающий в качестве младшего медицинского персонала в операционной, точно должен знать количество отработанных инструментов во время операции. Операцию завершают тщательной ревизией операционной раны, которая гарантирует от оставления инородных тел.

Для предотвращения оставления инородных тел в брюшной и грудной полости применяют ряд приемов: во время операции фиксируют салфетки металлическими кольцами, зажимами или пришивают их. Какой бы способ не применялся хирургом, важным остается строгий учет инструментов и всего материала, используемого во время операции.

**Вероятные причины электротравм в палатах, операционных и пути их**

## **устранения.**

При уходе за больными в стационарах хирургического профиля необходимо четкое соблюдение техники электробезопасности. Профилактика электротравм в основном состоит в соблюдении правил техники безопасности при эксплуатации электроаппаратуры и приборов, поддержание их сантехнического порядка на соответствующем уровне.

Для обеспечения электробезопасности энергослужба больницы проводит периодический контроль и освидетельствование технического состояния электромедицинской аппаратуры, проверяют электроремонт, электроизоляцию и средства защиты (цельность кожухов, защитных крышек, изоляцию сетевого шнура и провода, присоединенных к пациенту, крепление проводов и деталей аппарата и др.), что создает условия соблюдения электробезопасности больных в отделениях хирургического профиля.

## **Техника безопасности ухода за хирургическими больными в пред- и послеоперационный периоды**

### **Техника безопасности санитарной обработки операционного поля.**

Бритье волос играет важную роль в исходе оперативного вмешательства. При бритье волос бритве надо придавать определенный (острый) угол наклона к поверхности кожи, чтобы не порезать последнюю. Волосы бреют намного шире предполагаемой зоны операции.

### **Техника безопасности транспортировки хирургических больных**

Транспортировать больного или пострадавшего надо головой вперед, чтобы иметь возможность наблюдать за его состоянием. Во всех случаях при транспортировке по возможности стараться не причинять боли и не вызывать дополнительную травму, не сместить наложенную повязку, не выдернуть дренажную трубку, не сломать и деформировать гипсовую повязку.

### **Соблюдение техники безопасности питания хирургических больных**

При наиболее часто встречающихся оперативных вмешательствах врачами назначается та или иная диета с учетом характера перенесенной операции и сопутствующих заболеваний. Среди этих больных встречаются тяжелые, которых приходится кормить медсестре или санитарке. Перед приемом пищи следует помочь тяжелобольному вымыть руки. Если больной сам не может сидеть в кровати, то следует придать ему полусидячее положение (приподнять подголовник или подложить под спину подушку). Шею и грудь больного покрывают клеенкой или фартуком. Для лежачих больных во время кормления используют прикроватные столики, на которые ставят пищу.

Искусственное питание применяется при невозможности или недостаточности питания пероральным путем. Искусственное питание — введение в организм человека питательных веществ при помощи зондов, фистул или клизм, а также парентерально (внутривенно или подкожно).

## **Контрольные вопросы**

1. В чем особенности техники безопасности ухода за хирургическими больными?
2. Роль младшего медицинского персонала в предупреждении оставления инородных тел при полостных операциях.
3. Значение знаний правил эксплуатации электрооборудования в предупреждении нарушений техники безопасности по уходу за хирургическими больными.
4. Вероятные причины возникновения электротравм и пути их устранения.
5. Какие основные предрасполагающие причины к взрывам в операционных и как их предупредить?
6. Вероятные причины возникновения пожаров и пути их устранения.
7. В чем заключается техника безопасности бритья операционного

поля при различных патологических процессах?

8. Какую технику безопасности следует соблюдать при транспортировке хирургических больных?

### **Литература**

1. Дехтярь Е.Г., Титова А.К. Что должна знать и уметь сестра хирургического отделения. М.: Медицина, 1973. С. 67—68.
2. Смолянский Б.Л. Руководство по лечебному питанию для диет сестер. М. -Л.: Медицина, 1977. С. 233-238.  
Тимофеев Н.С., Ханина А.Н., Тимофеев Н.Н. Руководство для младшего медицинского персонала операционно-перевязочного блока. М.: Медицина, 1977. С. 117-119, 126-128.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 9.**

**Тема: Клиническая гигиена тела хирургического больного.**

**Цель практического занятия:** изучить методику ухода за кожными покровами, волосами, приемы смены постельного и нательного белья.

**Студенты должны знать:** режимы хирургических больных, приемы, используемые для гигиенического ухода за кожей, волосами, используемые для этих целей растворы, частоту гигиенической обработки кожи и ее придатков.

**Студенты должны освоить** следующие практические знания и умения: гигиенический уход за кожей и волосами тяжелобольных, туалет ротовой полости, глаз, области паховых складок, наружных половых органов и анального отверстия, проводить профилактику пролежней, смену постельного белья, нательного белья у хирургических больных.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

1. Вводное слово	5 мин.
2. Проверка подготовленности студентов	20 мин.
3. Самостоятельная работа студентов	60 мин.
4. Подведение итогов занятия.	5 мин.

**Содержание занятия**

**Уход за кожей.**

Кожа человека является сложным органом, выполняющим не только функцию защиты организма от неблагоприятных воздействий внешней среды, но и функции регуляции дыхания, обмена веществ, терморегуляции. Площадь поверхности кожных покровов составляет около 17000 кв. см (при росте 170 см). В толще кожи находятся сальные и потовые железы, которые выделяют на поверхность кожи пот, жир.

Уход за кожей и ее придатками начинается с приемного отделения, где каждый больной должен пройти санитарную обработку.

В обязательном порядке все поступившие больные обследуются на педикулез. Больным, находящимся на постельном режиме, необходимо ежедневно протирать кожу дезинфицирующим раствором. С этой целью можно использовать растворы камфорного или борного спирта. Для смягчения сухую кожу желательно смазать каким-либо питательным кремом для лица. Ушные раковины протирают при наличии выделения серы — очищают слуховой проход концом салфетки или шариком, смоченным спиртовым раствором борной кислоты.

Правильный уход за кожей больного позволяет избежать развития пролежней. Ноги больному моют 1-2 раза в неделю, поставив тазик в постель (если больной не может сидеть). Ногти моют щеткой, подногтевые пространства очищают специальной ногтечисткой. По мере надобности ногти подрезают. Гигиенические ванны больные в удовлетворительном состоянии принимают полусидя, погружаясь в воду до верхней части груди. Температура воды 36-38 С, продолжительность не более 30 минут. Лежачим больным можно делать местные ванны для рук, ног.

**Уход за носом.**

В случаях, когда ослабленный больной не может самостоятельно освобождать носовые ходы, мед персонал должен удалять образовавшиеся корочки. Для этого запрокидывают голову больного, в носовые ходы вводят ватную турундочку, смоченную в вазелиновом масле или глицерине, и через 2—3 минуты вращательным движением удаляют корочки.

#### **Уход за глазами**

При появлении в уголках глаз гнойных выделений ухаживающий персонал должен промывать их слабым раствором калия перманганата, борной кислоты или раствором фурацил-лина (1:1000).

#### **Уход за волосами**

Волосы на голове моют один раз в 5 (жирные) или 10 (сухие) дней, с мылом или шампунем. При сухих волосах полезно за 2 дня до мытья втереть в кожу головы касторовое или репейное масло, а для мытья пользоваться водой с добавлением 0,5 чайной ложки нашатырного спирта на 1 л воды, мыло можно заменить яичным желтком (два желтка на стакан горячей, но не кипящей воды, взбивают и процеживают через тонкое сито).

Расчесывание коротких волос необходимо осуществлять от корней к концам, а длинные волосы следует разделить на параллельные пряди и медленно расчесывать их от концов к корням, стараясь не выдергивать. Гребенка должна быть с тупыми концами, не частая, пластмассовая, а щетка с полукруглым расположением ворса, в середине длиннее, а по бокам короче. Гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и грязь. Для мытья волос следует применять детское мыло, специальные шампуни. Для профилактики и лечения педикулеза эффективным средством является 1% перметриновый крем.

#### **Уход за ротовой полостью**

Основным приспособлением для чистки зубов, удаления отложений с поверхности зубов и десен является зубная щетка. Именно с ее помощью и гигиеническими средствами (зубные пасты, порошки, гели, эликсиры) больные в удовлетворительном состоянии могут самостоятельно очистить зубы от мелкого зубного налета, осуществить массаж десен.

Тяжелым больным, которые не могут сами себе чистить зубы, медсестра обрабатывает ротовую полость раствором соды (1 чайная ложка соды на стакан воды), 1-2% раствором борной кислоты, фурациллином (1:5000).

#### **Физиологические отправления**

Тяжелобольные все физиологические отправления совершают не вставая с постели, поэтому помогать им необходимо так, чтобы не причинять лишнего беспокойства и не загрязнять постель.

Одним из необходимых предметов ухода за больным является судно, которое изготавливается из металла (пластмассы, резины) и может иметь различную форму и конфигурацию. Чистое судно должно помещаться под кроватью на скамейке. Во время пользования судном больного надо отгородить ширмой от других больных. Использованное судно освобождается от содержимого, тщательно моется щеткой, дезинфицируется 3% раствором хлорамина или хлорной извести и ополаскивается. После каждого акта дефекации (как и мочеиспускания) лежащего больного необходимо подмывать.

В случае необходимости больной может совершить и акт мочеиспускания, не вставая с постели. Для этого используются различные мочеприемники - специальные сосуды вытянутой формы, изготавливаемые из стекла (металла или резины). После использования мочеприемник («утка») должен быть тщательно продезинфицирован.

Подмывание выполняют слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором. Раствор должен быть теплым (32-36°C). Температура воздуха в палате также должна быть комфортной.

Женщина при подмывании должна лежать на спине, ноги согнуты в коленных и

тазобедренных суставах и немного разведены, под ягодицы подкладывают судно.

### **Смена постельного белья**

В стационаре производится 1 раз в 7 дней после гигиенической ванны. В отдельных случаях меняют по мере необходимости. Если пациенту разрешается сидеть, медсестра пересаживает его на стул и перестилает постель.

У лежачих пациентов грязную простыню складывают или скатывают валиком со стороны головы и ног и осторожно удаляют. Чистую простыню, скатанную, как бинт, с двух сторон валиком, осторожно подводят под крестец пациента и затем расправляют в направлении к голове и ногам. Можно менять простыни и другим способом. Пациента передвигают на край постели, скатывают грязную простыню по длине в виде бинта, на ее месте расправляют чистую, на которую перекладывают пациента, а на другой стороне затем снимают грязную и расправляют чистую.

### **Смена нательного белья**

При смене нательного белья тяжелобольным, медсестре следует подвести руки под крестец пациента, захватить края рубашки и осторожно отодвинуть ее к голове, затем поднять обе руки пациента и скатанную у шеи рубашку перевести через голову пациента. После этого освобождают его руки. Одевают пациента в обратном порядке: сначала надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову. Если у пациента повреждена рука.

### **Перекладывание пациента на носилки**

Тяжелобольных, которым нельзя двигаться, перекладывать с носилок на постель нужно с большой осторожностью, соблюдая определенные правила: носилки следует ставить нижним концом к головному концу кровати.

Если площадь палаты не позволяет, носилки ставят параллельно кровати, а медицинский персонал становится между носилками и кроватью лицом к пациенту. Необходимо заранее продумать, как поместить носилки относительно кровати во избежание неудобных и лишних движений.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое режим хирургического больного и его значение для медицинской сестры?
2. Перечислите основные приемы ухода за кожей?
3. Какие приемы используются для профилактики пролежней?
4. Как обрабатывать ротовую полость?
5. Способы смены постельного белья.
6. Особенности смены нательного белья у хирургических больных.

### **Литература**

*Дехтярь Е.Г., Титова А.К.* Что должна знать и уметь сестра хирургического отделения. М.: Медицина, 1973. С. 28—29, 50—59.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 10.**

**Тема: Гигиена подготовки хирургических больных к экстренным и плановым операциям**

**Цель практического занятия:** изучить приемы гигиенической подготовки больных к плановым и экстренным хирургическим вмешательствам, особенности гигиенического ухода за женщинами.

**Студенты должны знать:** принципы и объем предоперационной гигиенической подготовки больных к плановым и экстренным хирургическим операциям, элементы гигиенического ухода за женщинами в послеоперационном периоде, гигиенические основы искусственного питания больных.

**Студенты должны освоить** следующие практические знания и умения: гигиеническую подготовку больных к плановым и экстренным хирургическим вмешательствам, выполнять гигиенические приемы при уходе за женщинами, уметь обеспечивать гигиенические условия при искусственном кормлении больных.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия**

**Гигиеническая подготовка больных к плановым хирургическим вмешательствам**

Гигиеническая подготовка больных к плановым хирургическим вмешательствам проводится в течение всего предоперационного периода, т.е. с момента поступления больного до операции. Медицинская сестра является главным помощником врача, поэтому она должна внимательно осматривать больного и при обнаружении каких-либо высыпаний, гнойничковых поражений кожи обязательно поставить в известность хирурга.

Сущность гигиенической подготовки больных, которым назначен общий режим, сводится к тому, что накануне операции больной принимает душ или ванну.

Накануне операции следует предложить больному помочиться лежа в постели в качестве тренировки, т.к. в послеоперационном периоде больные часто не могут мочиться в постели, что обуславливает необходимость катетеризации мочевого пузыря, что небезразлично для больного и, особенно для мужчин, т. к. у них процедура катетеризации мочевого пузыря значительно болезненнее, чем у женщин, и обусловлена большей длиной мочеиспускательного канала.

**Гигиеническая подготовка больных к экстренным операциям**

Гигиеническая подготовка больных к экстренным операциям осуществляется иначе. Это обусловлено тем, что экстренные операции выполняются по жизненным показаниям. В таких случаях предоперационная гигиеническая подготовка сокращается до минимума: обрабатываются 0,5% раствором хлорамина наиболее загрязненные места (ноги, промежность) и зона предстоящего операционного поля.

### **Особенности гигиенического ухода за женщинами**

Особенности гигиенического ухода за женщинами обусловлены конституциональными особенностями женского организма. У женщин чаще возникают дерматиты в паховых областях, у тучных женщин в кожных складках на животе, области промежности, под молочными железами. Необходимо ежедневно промывать эти участки кожи слабыми дезинфицирующими растворами (0,5% раствор хлорамина, 0,05% раствор хлоргексидина, 3% раствор перекиси водорода), припудривать кожу в этих местах тальком или специальными смесями (тальк, оксид цинка, крахмал, пенициллин — в равных частях) или смазывать вазелином.

### **Гигиена естественного и искусственного питания хирургических больных**

Нередко тяжесть общего состояния не позволяет больному самостоятельно принимать пищу. В таких случаях ему необходимо помочь. Лежащих и тяжелобольных кормят палатные медицинские сестры. Перед этим необходимо перестелить постель, помочь больному совершить туалет (вымыть руки, прополоскать рот и др.), проветрить палату, приободрить больного и объяснить пользу питания.

У кровати больного помещается прикроватный столик или тумбочка, высота которых соответствует высоте кровати. Для тяжелобольных применяют специальные столики, располагающиеся над кроватью, и благодаря этому создаются условия, благоприятные для приема пищи.

В медицинских учреждениях России установлен в основном четырехразовый режим питания.

Завтрак - 8.00 - 9 час. 30 мин. Обед - 13.00 - 14.00 час.

Ужин - 18.00 - 19.00 час. Второй ужин — 21—22 час. 30 мин.

В отдельных случаях режим питания больных может нарушаться в связи с предстоящими различными инструментальными (эндоскопия, ульцеитография и др.) и лабораторными исследованиями (взятие желудочного сока и др.), а также в связи с предстоящей операцией.

Особую группу составляют больные, находящиеся на искусственном питании. Последнее применяется при невозможности или недостаточности питания естественным оральным путем. Искусственное питание бывает парентеральным и зондовым. Зондовое питание осуществляется в трех видах: через оро- или назогастральный зонд, через гастростому и еюностому или кишечные свищи. Искусственное энтеральное питание через зонд (резиновый или силиконовый) применяется: после травм ротовой полости, травм (чаще ожогов) пищевода и после операций на пищеводе и желудке с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта; при тонкокишечных свищах, при опухолях пищевода и кардиального отдела желудка, коматозных состояниях и др.

Зондовое питание осуществляется специально подобранными смесями, содержащими достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов. Для этого используют различные пищевые продукты в жидком или полужидком состоянии (молоко, сливочное масло, сырые яйца, бульоны, соки и др.).

**Диета О.** *Показания:* первые дни (вслед за голодом) после операций на желудочно-кишечном тракте. Разрешаются: слизистые крупяные отвары со сливками, жидкие протертые каши, кисели, фруктово-желе, рыбное суфле, паровой омлет или яйцо всмятку, отвар шиповника и др. Прием пищи дробный, до 6 раз в сутки в течение 2—3 дней.

**Диета 1а.** *Показания:* язвенная болезнь желудка и 12-перст-тной кишки в стадии обострения, острый гастрит. Назначение диеты: снижение рефлекторной возбудимости желудка, уменьшение интероцептивных раздражений, исходящих из пораженного органа. Разрешаются: жидкие, полужидкие и кашицеобразные протертые, гомогенизированные и пюреобразные блюда (слизистые супы из овсяной,

рисовой, манной круп с добавлением молока, сливок, или яично-молочной смеси).

**Диета 5.** *Показания:* острые холециститы, гепатиты, холангиты, ангиохолиты, обострение хронического гепатита и холецистита. Все блюда готовятся в вареном виде или на пару, а также запекаются в духовке (без грубой корочки). Холодные блюда исключаются. Разрешаются вегетарианские и молочные супы, нежирные сорта мяса и птицы (кроме гуся и утки) безкожи, рыба в отварном или паровом виде. При стихании острого процесса (после двух - трехдневного голодания) постепенно в рацион включают молоко, кисломолочные продукты, белок куриного яйца, протертые каши на молоке.

**Диета 5Щ** (щадящая). *Показания:* постхолецистэктомический синдром, сопровождающийся сопутствующим дуоденитом, обострением хронического гастрита, гепатита. Исключается все острое, жареное, соленое, жирное. Пища готовится в отварном (хорошо разваренном), паровом и запеченном виде.

**Диета 5П** (первый вариант). *Показания:* острый панкреатит в стадии резкого обострения. Общая характеристика: механически и химически щадящая диета назначается после 1-2 голодных дней сроком на 5—7 дней. Пища готовится протертой, в вареном и паровом виде.

**Диета 5П** (второй вариант). *Показания:* острый панкреатит в стадии стихания, хронический панкреатит в стадии нерезкого обострения. Все блюда готовятся в вареном и жареном виде измельченные. Используются обезжиренные молочные продукты. Прием пищи — 5—6 раз в день.

**Диета 7.** *Показания:* хирургические заболевания на фоне патологии почек (острый нефрит, обострение хронического нефрита с отечным синдромом). Пища готовится без соли, на руки соль не выдается. Исключаются острые, соленые блюда и закуски, экстрактивные вещества и консервированные продукты. Мясо и рыба разрешаются в отварном виде. Устанавливается 6-разовое питание.

**Диета 9.** Показана при наличии сахарного диабета: для коррекции нарушенного углеводного обмена, профилактики нарушений жирового обмена, диабетических ангиопатий и органических повреждений, сопутствующих этому заболеванию. В диете ограничены общее количество углеводов (за счет исключения рафинированных углеводов) и поваренная соль. Разрешаются супы на слабом обезжиренном мясном и рыбном бульоне (преимущественно овощные), нежирные сорта мяса, птицы, рыбы, молочные продукты пониженной жирности, куриные яйца (до 1 шт. в день); гречневая, овсяная крупы (пшено ограничено), бобовые, овощи, овощные соки, несладкие фрукты и ягоды, кондитерские изделия на ксилите, сорбите и других заменителях сахара; отвар шиповника, минеральная вода, растительное масло; хлеб из муки грубого помола, отрубей, не сдобное печенье разрешаются с учетом содержания углеводов. Сливочное масло и нежирный сыр ограничиваются. Питание дробное — 5—6-разовое. Свободной жидкости — 1,5 л.

**Диета 10.** Показана хирургическим больным при наличии сердечно-сосудистых заболеваний. Диета направлена на улучшение функции сердечно-сосудистой системы и коррекцию нарушенных обменных процессов. *Показания:* пороки сердца, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, атеросклероз. В рационе ограничено содержание натрия, жидкости, уменьшена калорийность за счет ограничения жира, в меньшей степени снижено содержание углеводов и белка, исключены пищевые вещества, возбуждающие ЦНС (кофеиносодержащие и экстрактивные), ограничены химические и механические раздражители печени и желудочно-кишечного тракта, увеличено содержание калия и магния, а также продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молока, фруктов, овощей). Продукты применяются только в отварном и протертом виде.

**Диета 15** (общий стол). Назначается в тех случаях, когда не требуется специальных лечебных диет. Исключаются тугоплавкие жиры, блюда из гуся и

утки, перец, горчица и другие острые приправы. Прием пищи - 4 раза в день.

Важная роль в правильном и своевременном кормлении больных отводится палатной медсестре и студентам. В соответствии с назначениями врача они объясняют родственникам, что больным разрешается есть и что можно принести из дома. Они регулярно должны проверять тумбочки и холодильники; обнаружив недоброкачественные, несоответствующие срокам хранения или диете больного продукты, необходимо изъять их и вернуть родственникам. Медицинская сестра должна следить за свежестью используемой пищи и частотой кормления, определяемой лечащим врачом

#### **Контрольные вопросы**

1. Сущность гигиенической подготовки к плановым операциям.
2. Особенности гигиенической подготовки к экстренным хирургическим вмешательствам.
3. Особенности личной гигиены женщин.
4. Гигиенические требования к кормлению больных
5. Диеты, применяемые у хирургических больных.
6. Роль среднего медперсонала в питании больных.

#### **Литература**

*Дехтярь Е.Г., Титова А.К.* Что должна знать и уметь сестра хирургического отделения. М.: Медицина, 1973. С. 28-29, 50-59

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Ф(ГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 11.**

**Тема: Уход за больными в предоперационном периоде.**

**Цель практического занятия:** обучить студентов правилам ухода за больными в предоперационном периоде.

**Студенты должны знать:** объем мероприятий по уходу за больными, выполняемый в приемном отделении и в палатах в зависимости от сроков проведения операции и тяжести состояния больного, объем предоперационной подготовки, выполняемый младшим медперсоналом (младшей медсестрой и санитаркой) непосредственно перед операцией.

**Студенты должны освоить следующие практические знания и умения:** оформлять бланки на лабораторные и биохимические исследования, заполнять паспортную часть истории болезни, ставить очистительные клизмы, проводить санитарную обработку больных, транспортировать их в палаты и операционную, подготавливать больных к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям, подготавливать операционное поле (брить волосы).

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия**

Объем и характер ухода за больными в приемном отделении зависит от вида заболевания, необходимости экстренной или плановой операции, от наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, возраста и др. факторов.

Наибольшее внимания и ухода требуют больные, нуждающиеся в экстренных операциях. Это обусловлено тем, что экстренные операции выполняются по жизненным показаниям и санитарная обработка выполняется в минимально отведенные сроки. Пациенты в удовлетворительном состоянии купаются в ванной самостоятельно или под душем с мылом и губкой. Если больной не в состоянии мыться сам, то его моет санитарка (студент) под душем. Больной при этом может стоять или сидеть на скамейке. Больным в тяжелом состоянии санитарную обработку проводят путем обтирания частей тела мыльной водой или другими моющими средствами. Больным, нуждающимся в экстренных операциях, санитарная обработка может вообще не проводиться (если у них имеется непосредственная угроза жизни, например, при ранении сердца) или проводиться в сокращенном варианте: обмывание загрязненных участков тела, осмотр на педикулез, подготовка места операции путем бритья волос. Волосыной покров в области планируемого операционного поля обычно удаляют безопасной бритвой сухим способом далеко за пределами предполагаемого разреза, так как по ходу операции разрез может быть расширен (продлен).

После одевания больного, нуждающегося в экстренной операции, необходимо транспортировать в операционную или палату для интенсивной предоперационной

подготовки (1-3 часа), а в ряде случаев в реанимационное отделение. Плановые больные сопровождаются в палаты хирургического отделения с листом назначений и температурным листом. Вид транспортировки больного в палату решает врач (на кресле-каталке или на носилках - каталке).

В процессе обследования, санобработки, предоперационной подготовки и транспортировки больного в операционную или палату медицинский персонал должен сделать все возможное, чтобы морально подготовить больного к операции.

За 20—30 минут до операции выполняется премедикация.

Роль среднего медперсонала, проводящего желудочное зондирование, чрезвычайно велика. При этом важны не только их медицинская квалификация, но и умение найти контакт с больным, создать спокойную обстановку при проведении процедуры. Больной должен быть уверен в безопасности исследования, понимать его необходимость.

Сам процесс промывания состоит из двух этапов. На первом этапе в наружный конец зонда вставляют воронку и, держа левую руку на месте соединения зонда с воронкой, правой рукой опускают воронку до уровня колен больного.

На втором этапе воронку, уровень воды в которой спустился до места перехода в трубку, плавным движением вновь опускают до уровня колен больного или ниже (в положении сидя) и смывают промывные воды в таз или ведро. Затем воронку опять поднимают, наполняют промывающим раствором и повторяют процедуру до появления чистой воды. Для лечебного промывания желудка обычно используют 8-10 л воды или промывающего раствора (марганцовокислый калий, бикарбонат натрия).

Если больной перед операцией не может самостоятельно помочиться — мочу выводят катетером. В отдельных случаях больного берут на операцию с оставленным в мочевом пузыре постоянным катетером. В операционную больной подается без одежды, на каталке.

#### **Уход за больными в палате**

Уход за больными в палате зависит от особенности заболевания и необходимости экстренного или планового вмешательства. Если больному будет выполняться экстренная операция под местным обезболиванием, то согласно назначений врача младшая медсестра (студент) делает больному премедикацию в присутствии врача. Отдельным больным накануне операции проводят краткую предоперационную подготовку в виде внутривенных вливаний глюкозоэлектролитных растворов, введений препаратов, улучшающих работу сердца, снижающих или повышающих АД, витаминов, а также промывание желудка через зонд. Гигиеническая подготовка больных к плановым хирургическим вмешательствам проводится в течение всего предоперационного периода, т.е. с момента поступления больного в стационар до операции.

Перед плановыми операциями больной может находиться в отделении от 1 до 10 дней и более в зависимости от необходимости дообследования и подготовки к операции.

Плановый больной непосредственно перед операцией должен проделать все гигиенические процедуры (умыться, почистить зубы, очистить полость носа, мужчины — сбрить бороду, усы), посетить туалет. Если больной не в состоянии помочиться, мочевой пузырь опорожняют катетером. Необходимо снять съёмные зубные протезы (завернуть в марлевую салфетку и положить в тумбочку), часы, удалить помаду с губ пациентки, лак с ногтей для наблюдения за их цветом во время наркоза.

Перед транспортировкой в операционную на волосистую часть головы следует надеть шапочку или косынку (у женщин с длинными волосами заплетают косу).

#### **Транспортировка больных в операционную**

Через 20—30 минут после премедикации больного транспортируют в операционную на носилках — каталке (независимо от его состояния и характера операции).

### **Контрольные вопросы**

1. Объем мероприятий по уходу за больными, выполняемый в приемном отделении.
2. Как проводится санитарная обработка хирургических больных?
3. Как транспортируются больные из приемного отделения в палаты и операционную?
4. Объем мероприятий по уходу за больными, выполняемый в палате в случаях экстренных операций.
5. Объем мероприятий по уходу за больными, выполняемый в палатах в случаях плановых операций.
6. Психологическая подготовка больных к операции. Роль в ней младшей сестры.
7. Объем мероприятий по уходу за больными, выполняемый накануне операции.
8. Как осуществляется транспортировка больных из палаты в операционную?

### **Литература**

1. *Мурашко В.В., Тапинский Л.С.* Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными. М.: Медицина, 1979. С. 27-34, 150-161.
2. *Мурашко В.В., Шуганов Е.Г., Панченко А.В.* Общий уход за больными. М.: Медицина, 1988. С.18—27

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 12.**

**Тема: Уход за больными в день операции.**

Цель практического занятия: обучить студентов правилам ухода за больными в день операции.

Студенты должны знать: основные нарушения в деятельности дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, моче-выделительной и нервной систем организма, возникающие в первые часы после операции, профилактику, диагностику и лечение возможных осложнений, особенности наблюдения и ухода за послеоперационной раной и дренажами.

Студенты должны освоить следующие практические знания и умения: перекладывать больного на носилки-каталку и на кровать, осуществлять наблюдение и уход за деятельностью дыхательной, сердечно-сосудистой, моче-выделительной, нервной и пищеварительной систем организма, за послеоперационной раной и дренажами, за проводимой инфузионной терапией, определять признаки развития осложнений (кровотечений, остановки дыхания, асфиксии, острой сердечно-сосудистой недостаточности), проводить их профилактику, оказывать первую медицинскую помощь при западении языка, остановке дыхания, послеоперационной рвоте, участвовать в оказании неотложной помощи при асфиксии рвотными массами, острой сердечной недостаточности.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия**

Транспортировка больных из операционной.

Наблюдение и уход за больными в послеоперационном периоде начинается сразу же после окончания операции и пробуждения от наркоза. Разрешение на транспортировку больных из операционной дает врач-анестезиолог. Дренажные трубки пережимают зажимами. Палатная сестра (студент) и санитарка (студент), стоя у свободной стороны носилок – каталки плотно прижимают носилки - каталку (туловищем, бедрами) к операционному столу и, наклонившись вперед, одновременно подводят руки под больного.

Один помощник подкладывает руки под ноги и ягодицы, другой - под грудную клетку и голову. Затем, по команде, приподняв больного, осторожно переносят его на носилки-каталку.

Как правило, сразу после операции больные находятся в заторможенном состоянии из-за угнетенного состояния центральной нервной системы (ЦНС) в связи с наркозом. Поэтому после укладывания в постель они засыпают и спят в течение 2—4 часов. Первые 2 часа больные лежат на спине (допускается лежание на правом боку) горизонтально или со слегка опущенным головным концом без подушки. Такое положение обеспечивает улучшение кровоснабжения жизненно важных органов (головного мозга и сердца) и служит одной из мер профилактики гипоксии (недостатка

кислорода этих органов), а также развития сердечно-сосудистой недостаточности.

#### **Наблюдение и уход за дыхательной системой**

За больными в первые часы после операции должно быть организовано тщательное наблюдение в связи с возможностью жизненно опасных для больного осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Со стороны дыхательной системы — это остановка дыхания, асфиксия (удушье) в связи с западением языка или послеоперационной рвотой. Поэтому студент должен наблюдать за дыхательными движениями грудной клетки, характером дыхания, цветом кожных покровов и слизистых, а также, не появляются ли у больного тошнота и рвота.

#### **Наблюдение и уход за сердечно-сосудистой системой**

Наблюдение за функцией сердечно-сосудистой системы начинается сразу же после окончания операции. Оно заключается в периодическом исследовании пульса и АД, определении цвета кожи и слизистых. Кроме того, в послеоперационной палате необходимо наблюдение за внутривенными инфузиями.

Наиболее частым осложнением со стороны сердечно-сосудистой системы является развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности. Клинически острая сердечно-сосудистая недостаточность проявляется в виде коллапса: резкой бледности кожных покровов и слизистых, цианозом губ и носогубного треугольника, появлением холодного пота, поверхностного дыхания, затемненного сознания, учащенного пульса (слабого наполнения и напряжения), снижением АД. Впоследствии может наблюдаться нитевидный пульс, вплоть до исчезновения его на периферических артериях и остановки сердца (асистолии). При выявлении у больного признаков острой сердечно-сосудистой недостаточности студент должен немедленно вызвать врача и четко выполнять все его распоряжения и назначения.

#### **Наблюдение и уход за пищеварительной системой**

В наблюдении и уходе за пищеварительной системой очень важна профилактика осложнений. Наиболее частым осложнением является послеоперационная рвота. Ее развитие может быть обусловлено снижением тормозного действия ЦНС на желудок в связи с остаточным действием наркоза, раздражающим действием наркотических веществ на слизистую желудка, повышением активности вагуса и др. Поэтому в первые часы после операции студент должен быть насторожен в отношении послеоперационной рвоты, и внимательно наблюдать за больным. В случае возникновения рвоты оказать ему помощь, как указывалось выше, доложить врачу и никуда от больного не отлучаться.

#### **Наблюдение и уход за мочевыделительной системой**

Как правило, первые 3—4 часа после операции у больных появляется потребность в мочеиспускании. Основная часть пациентов мочится самостоятельно. Однако определенное количество больных при наличии позывов на мочеиспускание не могут помочиться самостоятельно. Если такие состояния наблюдаются у больного в первые часы после операций то надо выполнить катетеризацию мочевого пузыря, так как применение других средств не эффективно из-за угнетенного состояния ЦНС. Следует всегда помнить, что при позывах на мочеиспускание больной обязательно должен помочиться, и ни в коей мере не допускать переполнения мочевого пузыря.

#### **Наблюдение и уход за послеоперационной раной и дренажами.**

Наблюдение и уход за послеоперационной раной сводится к периодическому осмотру повязки и дренажей (дренажные трубки должны быть всегда проходимы), смене емкостей или опорожнению их по мере наполнения жидкостью, а также наблюдению за характером выделяющейся по дренажам жидкости и подсчету ее количества. Следует иметь в виду, что после операции может возникнуть кровотечение из операционной раны или в полости организма: брюшную, плевральную и др. Если кровотечение возникает из раны, то повязка будет обильно промокать алой кровью или кровь будет поступать по дренажу из раны. Если кровотечение происходит в брюшную или

плевральную полость, то кровь будет поступать из дренажа брюшной или плевральной полости. Если кровотечение происходит в мочевого пузырь, то кровь будет выходить с мочой или по установленным туда дренажам.

### **Контрольные вопросы**

1. Как осуществляется перекладывание больных с операционного стола на носилки-каталку?
2. Как правильно транспортировать хирургических больных из операционной?
3. Объем мероприятий по уходу и наблюдению за больным, выполненный после транспортировки больного из операционной?
4. Какие осложнения со стороны органов дыхания возможны в первые часы после операции? Ваши действия как палатной медсестры по предупреждению и лечению этих осложнений?
5. Какие осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы возможны в первые часы после операции? Ваши действия как палатной медсестры по предупреждению и лечению этих осложнений?
6. Какие осложнения со стороны пищеварительной системы возможны в первые часы после операции? Меры их предупреждения и лечения Какое положение в постели должны занимать больные послеопераций в первые часы? В последующем?
7. Какие осложнения со стороны мочевыделительной системы возможны в первые часы после операции? Ваши действия при их развитии?
8. Какое наблюдение и уход за послеоперационной раной и дренажами необходимы в первые часы после операции? Какие возможны осложнения? Ваши действия при их выявлении?

### **Литература**

1. *Мурашка В.В., Тапинский Л.С.* Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными. М.: Медицина, 1979. С. 206-216.
2. *Лебедева Р.Н.* Осложнения в системе кровообращения после хирургических вмешательств. М.: Медицина, 1979. С. 7-32.
3. *Макаренко Т.П., Харитонов Л.Г., Богданов А.В.* Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М.: Медицина, 1989. С. 6-22, 36-39, 45-50.
4. *Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. С. 202-218, 223-228, 312-317, 339-341.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 13.**

**Тема: Наблюдение и уход за больными в раннем и позднем послеоперационном периоде.**

**Цель практического занятия:** обучить студентов правилам ухода за больными в раннем и позднем послеоперационном периоде.

**Студенты должны знать:** возможные осложнения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и нервной систем организма, симптоматику осложнений, меры профилактики и лечебной помощи при развитии осложнений, особенности питания больных.

**Студент должен освоить** следующие практические знания и умения: проводить профилактику осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и нервной систем организма, обучать больных отхаркивать мокроту, создавать возвышенное положение тела больного в постели, проводить дыхательную и лечебную гимнастику, раннюю активацию постельных больных, ставить горчичники, банки, помогать врачу вводить назогастральный зонд, самостоятельно промывать желудок через зонд, вводить газоотводную трубку, ставить очистительные клизмы, осуществлять наблюдение и уход за парентеральным и пероральным питанием больных, проводить борьбу с икотой, осуществлять туалет полости рта, рефлекторно вызывать акт мочеиспускания, фиксировать больных с психическими нарушениями к кровати, распознать развитие осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и нервной систем организма, участвовать в проведении лечебных манипуляций больным (выполнять внутримышечные и подкожные инъекции, раздавать таблетированные и жидкие лекарственные средства), проводить профилактику пролежней.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия**

Наблюдение и уход за больными в раннем и позднем послеоперационном периоде сводится к обеспечению адекватной функциональной активности и предупреждению осложнений со стороны всех систем организма: дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, нервной, а также созданию оптимальных условий для заживления и регенерации в зоне операции и в послеоперационной ране.

**Наблюдение и уход за дыхательной системой**

Наблюдение и уход за дыхательной системой направлены на обеспечение активной вентиляции легких и профилактики осложнений: пневмонии, ателектазов легких (спадение участков легкого вследствие выключения из дыхания), отек легких и других. Это достигается удалением из верхних дыхательных путей мокроты, повышением

вентиляции легких путем глубоких дыхательных движений и предупреждением застоя крови в легких. Улучшение вентиляционной функции легких достигается применением дыхательной гимнастики и ранней активацией больных. В качестве дыхательной гимнастики больные должны делать несколько раз в день по 20 глубоких вдохов и выдохов. Студент обязан заниматься с больными дыхательной гимнастикой и лечебной физкультурой. Когда больные станут более активными, начнут самостоятельно ходить, необходимость в ряде профилактических мер отпадает.

#### **Наблюдение и уход за пищеварительной системой.**

Наблюдение и уход за пищеварительной системой направлены на обеспечение быстрого восстановления перистальтики и заживления в зоне операции (если операция была выполнена на органах брюшной полости), нормализацию пищеварения, профилактики и лечение осложнений. Если операции выполнялись не на органах пищеварения, то особых нарушений функции желудочно-кишечного тракта, как правило, нет. Хотя после операций на почках и мочевыводящих путях могут наблюдаться моторно-эвакуационные нарушения (тошнота, рвота, неотхождение газов и стула). После операций на органах брюшной полости всегда развивается парез кишечника (отсутствие перистальтики). В результате нарушается пассаж (продвижение) содержимого по кишечнику, развивается преобладание процессов брожения и гниения в кишечнике, нарастает интоксикация. Кроме того, у больных снижается защитная функция стенки кишки. В результате микроорганизмы могут проникать через нее в брюшную полость и вызывать воспаление брюшины (перитонит).

Особая роль отводится назогастральным зондам, проведенным во время операций на желудочно-кишечном тракте в тонкую кишку. Они имеют многоцелевое назначение - введение в кишечник питательных веществ, борьба с интоксикацией и парезом кишечника, защита анастомоза и т. д.

В настоящее время существуют различные интубации и декомпрессии кишки, используемые по определенным показаниям и в зависимости от конкретной ситуации. Наиболее эффективна тотальная интубация тонкой кишки, выполняемая во время операции. Назоинтестинальная интубация проводится одно- или многоканальным зондом длиной 2,5-3 м.

Учитывая многообразие функций назогастральных зондов, медперсонал (студент) должен получать от врача в каждом конкретном случае инструктаж (рекомендации) по уходу за зондами.

После операций на органах брюшной полости слабительные средства категорически запрещены, поскольку все они усиливают перистальтику, что на фоне слабой двигательной активности кишечника может привести к кишечной непроходимости (внедрению кишки в кишку), несостоятельности швов на кишке в зоне операции, а также распространению гнойного процесса по брюшной полости. Студент обязан уметь ставить очистительные клизмы по назначению врача.

Мерами борьбы с парезом кишечника является ранняя двигательная активность больного (лечебная гимнастика, повороты туловища, лежание на боках, раннее вставание и ходьба). Другой мерой борьбы с парезом кишечника является раннее питание больных.

По характеру питания здесь выделяют 3 группы больных. *Первая группа* — лица, у которых операция не связана с резекцией желудка, тонкого или толстого кишечника.

*Вторая группа:* больные, перенесшие резекцию желудка или тонкого кишечника, холецистэктомию и другие операции на желудке, желчных путях и тонком кишечнике.

*Третья группа:* пациенты после операций на толстом кишечнике. Основные потребности в воде, минеральных солях и питательных веществах удовлетворяются путем парентерального питания, как у больных предыдущей группы.

Особую группу составляют больные после операции на поджелудочной железе. Голодная диета назначается им на 5—6 суток. Питание осуществляется парентерально,

как у больных 2-й группы. Кормление через рот разрешают с 6—7 суток диеты, как у больных 2-й группы.

Одним из важных моментов ухода за тяжелыми больными после операций на органах брюшной полости является уход за полостью рта. Как правило, после таких операций наблюдается сухость во рту. Сухость во рту, нарушение слущивания эпителия на языке, деснах и небе, отсутствие бактерицидного действия слюны, застой слюны в слюнных железах, а также наличие кариесных зубов при отсутствии хорошего ухода за полостью рта создают условия для развития микробной флоры в ротовой полости, в том числе и условно патогенной. Это приводит к развитию воспалительного процесса со стороны десен (гингивит), иногда с образованием язв (афт) на слизистой щек (афтозный стоматит), воспалению языка (глоссит), а также проникновению инфекции в протоки слюнных желез и воспалению последних.

Студент обязан строго следить за выполнением больными гигиенических принципов ухода за ротовую полостью. У тяжелобольных он должен проводить туалет полости рта (чистить зубы, делать полоскания ротовой полости). При появлении воспалительных явлений в ротовой полости больного — проводить лечение в соответствии с назначениями врача.

#### **Наблюдение и уход за сердечно-сосудистой системой**

Наблюдение и уход за сердечно-сосудистой системой направлены на поддержание деятельности сердца, профилактику и лечение осложнений. Студенты должны уметь считать пульс, число дыхательных движений в 1 мин, измерить артериальное давление.

Из осложнений, которые могут возникнуть в этот период, следует указать на острую сердечно-сосудистую недостаточность, инфаркт миокарда, тромбозы и тромбоэмболии.

Студенту и палатной сестре отводится важное место в профилактике тромбообразования и тромбоэмболии. Они должны участвовать в ранней активации больных, проведении лечебной физкультуры, накладывать, а в последующем поправлять бинтовые повязки на конечностях больных, строго выполнять назначения врача по приему больными противосвертывающих средств и контролю свертывающей системы крови. Своевременно информировать врача о появлении болей в икроножных мышцах у оперированных больных, а также участвовать в проведении лечебных мероприятий при возникновении тромбофлебита.

#### **Наблюдение и уход за мочевыделительной системой**

Наблюдение и уход за мочевыделительной системой направлены на обеспечение гигиенических условий мочеиспускания, профилактику и лечение осложнений.

Обеспечение гигиенических условий мочевыделительной системы сводится к созданию условий, предупреждающих задержку акта мочеиспускания и развития воспаления в мочевыводящих путях.

В случаях, если больные не могут самостоятельно мочиться, необходимо выяснить причину, которая привела к нарушению акта мочеиспускания, и устранить ее. Отдельным больным студент создает сидячее или полусидячее положение, или положение на боку, или отгораживает больного ширмой. Кроме того, для усиления позыва на мочеиспускание студент создает «журчащий» звук падающей воды (открывает в палате кран с водой или, набрав в емкость воды, льет ее струей с высоты в таз). Для расслабления сфинктера мочевого пузыря применяют тепло на область промежности и лобка: грелку или бутылку с теплой водой, а также медикаментозные средства по назначению врача. Хорошим средством борьбы с нарушением акта мочеиспускания является ранняя активация больных (лечебная гимнастика, раннее вставание, ходьба), в осуществлении которых студенту и палатной медсестре отводится ведущая роль.

#### **Наблюдение и уход за нервной системой**

Наблюдение и уход за нервной системой направлены на обеспечение быстрого восстановления функции ЦНС, предупреждение и лечение осложнений.

Изменение психического состояния больного чаще всего проявляется неадекватным поведением. Больные становятся беспокойными, не ориентируются в месте пребывания, ищут какие-то предметы, пытаются куда-то идти, видят несуществующие предметы, животных, им могут слышаться голоса людей, которые как будто «договариваются его убить», т.е. у больных возникает ложное восприятие действительности. Соответственно кажущимся им событиям больные могут совершать действия (быть агрессивными, прятаться, просить защитить их от нападения и т.д.), делать соответствующие высказывания.

Больным с психическими нарушениями показаны консультации психиатра и в соответствии с его назначениями успокаивающие и психотропные средства. Если состояние больного (рана и место операции) позволяет перевести его в психиатрическую больницу, то это необходимо сделать сразу же, руководствуясь тем, что в данный момент больному нужна именно такая специализированная медицинская помощь.

В профилактике осложнений со стороны ЦНС большое значение имеют тщательное проведение лечебно-охранительного режима, деонтологические моменты. Это ласковое обращение к больным, убеждающие в успехе операции беседы студента, палатной медсестры и врача, душевное отношение к просьбам больного, соблюдение распорядка дня, тщательное выполнение назначений.

#### **Контрольные вопросы**

1. Какие осложнения со стороны органов дыхания могут возникнуть у больных после операций? Меры их профилактики и лечения.
2. Какой объем помощи надо провести больному для борьбы с парезом кишечника?
3. Меры борьбы с запорами кишечника.
4. Особенности питания больных после операций на органах брюшной полости.
5. Меры борьбы с послеоперационной икотой.
6. Профилактика воспалительных осложнений со стороны ротовой полости и слюнных желез.
7. Меры профилактики тромбозов и тромбоэмболии после операций.
8. Какие осложнения со стороны мочевыделительной системы возможны у больных после операций? Ваши действия при их возникновении?
9. Какие осложнения со стороны нервной системы возможны у больных после операции? Ваши действия при их возникновении? Меры профилактики.

#### **Литература**

1. *Мурашко В.В., Татинский Л.С.* Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными. М.: Медицина, 1979, С. 180-192.
2. *Миронов О. Б., Тоскин К.Д., Жебровский В. В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М.: Медицина, 1990. С. 298-338, 341-347.
3. *Рябцев В.Г., Гордеев П.С.* Профилактика и диагностика послеоперационных тромбоэмболических осложнений. М.: Медицина, 1987.С. 74-86.
4. *Сидоренко А.С.* Профилактика послеоперационных осложнений. Киев: Здоровье, 1983. С. 5-25, 88-97

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 14.**

**Тема: Наблюдение и уход за больными с гнойными осложнениями послеоперационных ран и полостей организма**

**Цель практического занятия:** обучить студентов правилам квалифицированного наблюдения и ухода за больными с гнойными осложнениями послеоперационных ран и полостей организма.

**Студенты должны знать:** правила наблюдения и ухода за послеоперационной раной и дренажами, виды гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны (нагноение, краевой некроз, перитонит, плеврит, кишечные свищи), особенности наблюдения и ухода за больными с гнойными осложнениями со стороны послеоперационной раны и полостей организма.

**Студенты должны освоить следующие практические навыки и умения:** осуществлять наблюдение и уход за послеоперационной раной и дренажами (выполнять отдельные этапы перевязок ран, определять проходимость дренажных трубок, освобождать емкости от экссудата, менять в емкостях антисептические растворы), распознавать гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны (нагноение, краевой некроз, эвентрации, мочевого затек), осуществлять наблюдение и уход за больными с перитонитом, плевритом и кишечными свищами (согласно назначений врача), производить наложение и смену калоприемника.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Вводное слово                       | 5 мин.  |
| 2. Проверка подготовленности студентов | 20 мин. |
| 3. Самостоятельная работа студентов    | 60 мин. |
| 4. Подведение итогов занятия.          | 5 мин.  |

**Содержание занятия**

**Наблюдение и уход за послеоперационной раной и дренажами.**

Как правило, в операционной на рану накладывают швы и повязку из марли. Кроме того, во время операции в рану могут быть введены дренажи (приспособления для создания оттока экссудата из раны в виде трубок, резиновых полосок). Дренажи могут быть поставлены также в брюшную полость, в грудную полость, мочевого пузыря, лоханки почек и др. и выведены наружу через операционную рану или вне ее.

При обычном течении послеоперационного периода первую перевязку необходимо делать на следующий день после операции. При этом осматривают линию швов и края раны для выявления возможного нарушения кровообращения. Кроме того, при первой перевязке удаляют из раны дренажи из полосок резины. Дренажные трубки из брюшной полости, грудной полости, мочевого пузыря удаляют на 2—5 сутки и позже, в зависимости от назначения дренажей и поступает ли по ним экссудат. Через дренажные трубки в брюшную полость могут вводиться растворы антибиотиков и другие лекарственные средства (по показаниям).

Послеоперационные раны могут нагнаиваться. В таких случаях после 3-го

послеоперационного дня и позже у больных отмечается высокая температура, особенно по вечерам, появляются боли в ране, уплотнение краев раны или тканей вокруг раны, локальная гипертермия кожи.

У больных после операций на почках и мочевыделительной системы могут развиваться мочевые затеки.

С целью профилактики мочевых затеков студент обязан следить за функционированием дренажей из мочевых путей. При нарушении проходимости дренажа сообщить врачу или медсестре.

У ослабленных больных, а также при нагноении, края раны могут частично или полностью разойтись. Если это рана брюшной полости, то на дне ее будут видны свободно лежащие петли кишечника. Такое состояние называется эвентрацией. Лечение больных с эвентрацией представляет большие трудности. Больным назначают постельный режим. Поэтому на первый план выступает уход за такими больными, тщательное обеспечение гигиенических условий лечения, в осуществлении которых палатной медсестре и студенту отводится важная роль

### **Наблюдения и уход за больными с гнойными осложнениями брюшной и грудной полостей.**

Тяжелым и опасным для жизни больного гнойным осложнением являются перитонит (воспаление брюшины) и плеврит (воспаление плевры). У больных они могут быть продолжением до-операционного воспаления, вызванного острым деструктивным процессом в органах брюшной полости (например, деструктивными формами аппендицита), или в грудной полости (например, абсцедирующей пневмонией), а также возникнуть в послеоперационном периоде.

Палатная медсестра и студент осуществляют профилактику осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и нервной систем, а также наблюдение и уход за послеоперационной раной и дренажами, проводят уход за кожей с целью профилактики пролежней и за полостью рта больного для профилактики паротита, стоматита, гингивита. Кроме того, выполняют все другие врачебные назначения по уходу и наблюдению за этими больными.

### **Уход за больными с кишечными свищами**

Особую группу составляют больные с кишечными свищами (фистулами). У этих больных содержимое из кишечника поступает непосредственно в рану передней брюшной стенки или на поверхность кожи.

Наиболее частыми причинами формирования свищей являются гнойно-нейротические заболевания органов брюшной полости, острый деструктивный аппендицит, перитонит, язвенные процессы в желудочно-кишечном тракте, болезнь Крона, туберкулез кишечника и др. Встречаются свищи, ставшие следствием осложнений различных хирургических операций на органах брюшной полости.

Уход за этими больными должен быть особенно тщательным. Важное место в нем занимают уход за кожей вокруг свищей, перевязки, обеспечение полноценного, высококалорийного питания и профилактика пролежней. Главная роль в лечении этих больных отводится врачу. Медсестры, студенты обязаны помогать ему во всех лечебных действиях. Прежде всего, перевязки у больных с тонкокишечными свищами весьма болезненны, и им необходимо перед каждой перевязкой вводить обезболивающее лекарство.

Толстокишечные или каловые свищи менее опасны для жизни больных и за ними легче ухаживать. Уход за колостомой в первые дни после операции осуществляется специально обученным медперсоналом, а в последующем самостоятельно больным или с помощью родственников.

Медицинский персонал хирургического отделения должен помочь больному решить, какой калоприемник будет для него наилучшим на начальных стадиях после операции, и обучить больного (родственников) обращению именно с этим

конкретным типом калоприемника.

Поскольку через свищ теряется много питательных веществ, то их потерю приходится компенсировать парентеральным питанием и питанием через зонд в отводящую петлю кишки. Студент обязан осуществлять наблюдение, уход и строгий контроль за парентеральным и интракишечным питанием этих больных. Для профилактики пролежней он должен содержать кожу больного в гигиенических условиях, протирать ее камфорным спиртом, проводить массаж, использовать подкладные круги, содержать постельные принадлежности в гигиеническом состоянии.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие осложнения со стороны послеоперационных ран и полостей организма могут развиваться у оперированных больных?
2. Какие признаки указывают на наличие нагноения в послеоперационной ране? Что надо в этих случаях предпринять вам как палатной медсестре?
2. При каких условиях возникают мочевые затеки? Их признаки. Ваши действия как палатной медсестры при выявлении признаков мочевых затеков?
3. Что такое эвентрация? Какой уход за больными надо проводить при эвентрации?
4. Какое наблюдение и уход необходимы за больными с гнойными процессами брюшной полости и грудной полости?
5. Особенности ухода и наблюдения за больными с кишечными свищами.
6. Особенности питания больных с кишечными свищами.
7. Устройство различных типов калоприемников.
8. Правила ухода, наложения и смены калоприемников.

### **Литература**

1. Горбань И.В., Коцеев В.П., Макарова Л.М. Дренажные системы из полимеров // Медицинская техника. 1993. №3.
  2. Мурашко В.В., Тапинский Л.С. Учебник для подготовки младших медицинских сестер по уходу за больными. М.: Медицина 1979 С.163-166, 193-196.
  3. Макаренко Т.П., Харитонов Л. Г., Богданов А В. Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М.: Медицина, 1989. С. 221-224, 306-310.
- Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии М • Медицина, 1990. С. 146-180, 257-290*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра хирургических болезней №1

**Учебно-методическая разработка 15.**

**Тема: Уход за тяжелобольными и агонирующими.**

**Цель практического занятия:** обучить студентов правилам квалифицированного наблюдения и ухода за тяжелобольными и агонирующими.

**Студенты должны знать:** преагональное состояние, агонию и клиническую смерть.

**Студенты должны освоить следующие практические навыки и умения:** выполнять простейшие реанимационные мероприятия, направленные на восстановление дыхания и кровообращения.

**Время занятия. Два часа.**

План занятия.

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| 1. Вводное слово                    | 5 мин.  |
| 2. Самостоятельная работа студентов | 80 мин. |
| 3. Подведение итогов занятия.       | 5 мин.  |

**Содержание занятия.**

Хирургические больные, после сложных операций в зависимости от показаний, находятся в анестезиолого-реанимационном отделении или в палатах интенсивной терапии. Отдельные больные, несмотря на проводимое лечение, остаются тяжелыми, требуют изоляции (сепсис, онкологические заболевания, с гнилостными процессами, каловыми свищами и др.) и должны находиться в отдельных палатах (боксах), оснащенных необходимым оборудованием для проведения интенсивной терапии. Такие больные нуждаются в постоянном уходе, в связи, с чем необходимо организовать индивидуальный пост. Медицинский персонал постоянно находится у постели больного, следит за его состоянием, частотой и характером пульса, дыхания, цветом кожных покровов и слизистых оболочек, характером физиологических отпавлений. Палата должна быть оснащена всем необходимым для ухода за тяжелобольным (поильник, утка, судно, кислород) и особенно за соблюдением гигиены тела. Для создания удобного положения в постели больной должен находиться на функциональной кровати. После ряда операций, а также в коматозном состоянии больные не могут питаться самостоятельно, поэтому в таких случаях больным необходимо выполнять искусственное (зондовое) питание. С целью профилактики пролежней необходимо ежедневно осматривать у больного область крестца, лопаток и др., периодически поворачивать его в постели, своевременно перестилать и разравнивать простыни, обмывать и протирать кожу после физиологических отпавлений. Если больной не мочится самостоятельно, следует выпускать мочу катетером 1—2 раза в сутки; при недержании мочи устанавливают постоянный катетер. Важное место при уходе за такими больными отводится контролю за надлежащим состоянием подключичного и др. катетеров, дренажами и работой промывных систем.

При развитии агонирующего состояния больного ухаживающему персоналу необходимо уметь выполнять простейшие реанимационные мероприятия, направленные, прежде всего на восстановление дыхания и кровообращения. Клиническая динамика умирания (переход от жизни к смерти) состоит из ряда этапов: преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая смерть.

Клиническая смерть - состояние, переживаемое организмом в течение 4-6 минут после прекращения кровообращения и дыхания, когда исчезают внешние проявления жизнедеятельности, но в тканях еще не наступили необратимые изменения. Следует помнить, что время, после которого возможно восстановление функций головного мозга, составляет 3-4, максимально 5-6 минут. Реанимационные мероприятия включают в себя действия, направленные на обеспечение доступа воздуха, восстановление дыхания и кровообращения.

- Доступ воздуха достигается путем разгибания головы. Для чего необходимо левую руку подложить под шею, а правую расположить на лбу пациента, а затем сильным движением разогнуть голову.
- Восстановление дыхания достигается методом искусственной вентиляции «изо рта в рот». Оказывающий помощь, широко открыв свой рот и сделав глубокий вдох, крепко прижимает рот ко рту больного и вдыхает в него воздух.

Восстановление кровообращения осуществляется с помощью закрытого (непрямого) массажа сердца. С этой целью больной укладывается на спину на жесткой основе (пол, стол и т.д.). Находясь с левой стороны от больного, медицинский работник кладет ладонь правой кисти на нижнюю треть грудины, перпендикулярно ее оси. Ладонь левой кисти кладет перпендикулярно на тыльную поверхность правой. Далее медицинский работник осуществляет резкие толчки обеими кистями (с использованием массы тела) и обеспечивает при этом смещение грудины на 3-6 см. Закрытый массаж сердца должен сочетаться с искусственной вентиляцией легких.

После каждого пятого толчка - один вдох. Закрытый массаж рекомендуется выполнять со скоростью 60 толчков в минуту.

Отсутствие признаков эффективности реанимационных мероприятий в течение 30 минут от начала их применения позволяет предположить наличие тяжелых поражений головного мозга и сомневаться в целесообразности дальнейшего оживления. Однако отказ от применения или прекращения реанимационных мероприятий допустим только при констатации биологической смерти

#### **Признаки биологической смерти:**

- отсутствие пульса на крупных (сонных и бедренных) артериях;
- отсутствие сокращений сердца по данным аускультации, прекращение биоэлектрической активности сердца или наличие мелковолевых фибриллярных осцилляций по данным электрокардиографии;
- прекращение дыхания;
- отсутствие реакции зрачков;
- помутнение и высыхание роговицы глаза; симптом «кошачьего взгляда» — при сдавливании глаза деформируется зрачок;
- похолодание тела и появление трупных пятен;
- трупное окоченение (беспорный признак, возникающий через 2—4 часа после смерти).

Указанные признаки не являются основанием для констатации биологической смерти при их возникновении в условиях глубокого охлаждения (температура тела 32°C и ниже) или на фоне действия угнетающих центральную нервную систему медикаментов.

#### **Правила обращения с трупом**

1. После констатации биологической смерти с умершего снимают одежду и укладывают на спину. В присутствии лечащего или дежурного врача снимают имеющиеся ценности, делают их опись и сдают на хранение старшей медицинской сестре отделения. Если по каким-то причинам (зубные коронки и др.) ценности снять не удастся, то об этом делают запись в историю болезни (составляется акт),

и труп направляется в морг с ценностями.

2. Подвязывают нижнюю челюсть с помощью бинта, закрывают веки, накрывают простыней и оставляют в таком положении до прихода санитаров (обычно в течение 2 час).
3. На бедре умершего записывают название отделения, фамилию, имя, отчество больного и возраст.
4. Оформляют сопроводительную записку, где кроме фамилии, имени и отчества умершего, указывают номер истории болезни, диагноз и дату смерти.
5. Труп в сопровождении медицинской сестры доставляют в патологоанатомическое отделение.

Задача медицинской сестры и лечащего (дежурного) врача у постели тяжелобольного, а также в день его смерти, заключается в том, чтобы проявить максимальное внимание и чуткость к родственникам и близким умирающего, сделать все для того, чтобы они видели заботу и внимание со стороны медперсонала отделения.