

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

И. В. Михин, О. А. Косивцов

РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Учебное пособие

*Для обучающихся по основным профессиональным
образовательным программам высшего образования –
программам специалитета по специальностям:
Лечебное дело, Педиатрия,
Медико-профилактическое дело, Стоматология*

 ВОЛГОГРАД
ИЗДАТЕЛЬСТВО
ВОЛГГМУ
2015

VOX
AUDITA LAYET
LITTERA SCRIPTA
MANET

УДК 614.253.52(075.8)
ББК 54.1
М 69
УМО № 46405.05-20
22.12.2014

Рецензенты:

зав. кафедрой общей хирургии Воронежской государственной
медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, профессор, д. м. н. *А. А. Глухов*;
зав. каф. хирургии и общеврачебной подготовки с курсом эндохирургии
ФПДО Рязанского государственного медицинского университета
им. академика И. П. Павлова, профессор, д. м. н. *В. П. Сажин*

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ
(протокол № 1 от 15.10. 2014 г.)

М 69 Михин, И. В.

Работа медицинской сестры хирургического стационара: Учебное
пособие / И. В. Михин, О. А. Косивцов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ,
2015. – 96 с.

ISBN 978-5-9652-0413-7

В учебном пособии представлены основные этапы работы палатной и процедурной медицинской сестры, основные сестринские манипуляции, необходимые для освоения студентами, освещены особенности сестринской работы в хирургических отделениях различного профиля.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по дисциплинам «Помощник процедурной медицинской сестры» лечебного факультета специальности «Лечебное дело», «Помощник палатной и процедурной медицинской сестры» специальности «Стоматология» стоматологического факультета, «Помощник палатной медицинской сестры» и «Помощник процедурной медицинской сестры» специальности «Педиатрия» педиатрического факультета.

УДК 614.253.52(075.8)
ББК 54.1

ISBN 978-5-9652-0413-7

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2015
© Издательство ВолгГМУ, 2015

Оглавление

1. Организация работы студентов при прохождении производственной практики.....	4
2. Функциональные обязанности палатной медицинской сестры...	5
3. Обязанности палатной медицинской сестры при подготовке пациента к операции.....	16
4. Обязанности палатной медицинской сестры в период пребывания пациента в операционной и в послеоперационном периоде.....	18
5. Основные алгоритмы практических навыков при работе палатной медицинской сестры.....	28
6. Обязанности работы палатной медицинской сестры при подготовке больного к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям.....	42
7. Обязанности палатной медицинской сестры при организации питания пациентов в хирургическом отделении.....	46
8. Особенности работы палатной медицинской сестры с больными с ожогами и отморожениями.....	49
9. Особенности работы палатной медицинской сестры травматологического отделения.....	54
10. Особенности работы палатной медицинской сестры торакального отделения.....	58
11. Особенности работы палатной медицинской сестры урологического отделения.....	60
12. Особенности работы палатной медицинской сестры с пациентами, оперированными на органах брюшной полости...	62
13. Особенности работы палатной медицинской сестры с больными в критических состояниях.....	64
14. Функциональные обязанности процедурной медицинской сестры.....	66
15. Приложение.....	82
16. Тестовые задания для самоконтроля.....	86
17. Ситуационные задачи	89
18. Рекомендованная литература	91
19. Ответы к тестовым заданиям и ситуационным задачам	92

Организация работы студентов при прохождении производственной практики

Для будущего врача детальное знание всех особенностей работы медицинской сестры (палатной и процедурной) является необходимым залогом дальнейшей успешной врачебной деятельности. Овладение студентами знаниями по уходу за больными, принципам медицинской этики и деонтологии, а также умению использования медицинского оборудования, инструментов и выполнение медицинских манипуляций имеет существенное значение в лечении больных.

Эти общие положения должны быть усвоены студентами при прохождении производственной практики в отделениях хирургического профиля в качестве помощника палатной и процедурной медицинской сестры. Студенты проходят производственную практику в соответствии с утвержденным графиком. Результаты работы ежедневно фиксируются в дневнике.

Контроль за работой студентов осуществляют ответственный по практике ассистент кафедры, старшая и постовая медицинские сестры, с обязательной ежедневной росписью в дневнике за проделанную работу.

После окончания практики на основании данных о выполненной работе (дневник), характеристике студента с места прохождения практики, заверенной подписью ответственного лица и печатью данного лечебного учреждения, сдается экзамен по производственной практике.

Целью практики является обучение студентов самостоятельному выполнению медицинских процедур и манипуляций, освоение должностных обязанностей среднего и младшего медицинского персонала, основных правил ухода за больными, овладение основными принципами медицинской этики и деонтологии, что будет способствовать выработке у студентов необходимых практических навыков и формированию профессионально важных качеств.

Функциональные обязанности палатной медицинской сестры.

Палатная (постовая) медицинская сестра — наименование должности среднего медицинского работника. На эту должность в соответствии с Приказом МЗ РФ от 19.08.1997 № 249 может назначаться медицинский работник, имеющий специальность «Сестринское дело» и «Сестринское дело в педиатрии». На должность палатной медицинской сестры принимаются лица, имеющие законченное медицинское образование и допущенные к медицинской деятельности в данной должности в установленном законом порядке. Принимаются и увольняются они главным врачом больницы по представлению главной медсестры. Перед поступлением на работу медсестра проходит обязательное медицинское обследование.

Палатная медицинская сестра находится в непосредственном подчинении у заведующего отделением и старшей медицинской сестры отделения. Работает под руководством ординатора отделения и старшей медицинской сестры, а в период их отсутствия — дежурного врача. В непосредственном подчинении у палатной медсестры находятся санитарки - уборщицы обслуживаемых ею палат.

Палатная медицинская сестра отделения работает по графику, составленному старшей медицинской сестрой, утвержденному заведующим отделением, заместителем главного врача соответствующего профиля и согласованному с профсоюзным комитетом. Изменение графика работы допускается только с согласия старшей медицинской сестры и заведующего отделением.

Важным компонентом работы палатной медицинской сестры является создание максимального физического и психического покоя для пациента. Основные принципы лечебно-охранительного режима, которые поддерживает палатная медицинская сестра хирургического отделения это тишина в помещениях, где находятся больные, спокойное, доброжелательное и ровное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, обеспечение

лекарственными препаратами, применение их по назначению врача, качественное питание с учетом заболевания и состояния пациента. Соблюдение санитарно-гигиенического режима требует от палатной медицинской сестры обеспечивать контроль за регулярной уборкой помещений, за проведением личной гигиены больного, за профилактикой внутрибольничной инфекции, осуществлять некоторые меры дезинфекции (уничтожение патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (уничтожение насекомых-паразитов) совместно с младшим медицинским персоналом. Палатная медицинская сестра осуществляет контроль за посетителями. Находясь в стационаре больной чувствует себя оторванным от родных и друзей, что создает неблагоприятный эмоциональный фон для его выздоровления. Однако неконтролируемые посещения способствуют загрязнению отделения, распространению инфекции, затрудняют работу персонала. Для посетителей отводятся специальные часы, когда можно увидеться с больным. К тяжелым больным в палату посетители могут проходить только с разрешения лечащего врача или заведующего отделением. Все посетители должны сдать в гардероб свою верхнюю одежду и получить белые накидки или халаты. Детям ограничивают доступ в отделение из-за опасности их к инфицированию патогенной флорой. Посетители без соответствующей одежды, в нетрезвом виде, больные с респираторными заболеваниями к хирургическим больным не могут быть допущены. Посещение пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии родственниками запрещено. В палатах посетителям запрещено садиться на постель больных. Нарушения указанных правил возможны только в исключительных случаях по специальному разрешению заведующего отделением или дежурного врача.

В обязанности палатной медицинской сестры входит контроль за санитарно-гигиенической обработкой пациентов. Больные в удовлетворительном состоянии могут самостоятельно принимать душ. Температура воды должна быть 36-40°C. При лечении некоторых заболеваний, например почечной колики, пациент по назначению врача и под контролем палатной медицинской

сестры может принимать теплую ванну. Уровень воды должен доходить только до мечевидного отростка. Чтобы больной не соскальзывал ниже, в ножном конце ванны устанавливают подставку для упора ног. Моют больного мочалкой с мылом: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область, промежность. Продолжительность процедуры не более 20 минут. Присутствие медсестры при этом обязательно, она всегда готова оказать первую медицинскую помощь при возможном ухудшении состояния больного. Для выполнения обтирания больной укладывается на застеленную клеенкой кушетку. Губкой, смоченной теплой водой, обтирают шею, грудь, руки. Насухо вытирают эти части тела полотенцем и прикрывают их одеялом. Таким же образом обтирают живот, потом спину и нижние конечности. Больные, которые находятся на общем режиме, если противопоказания отсутствуют, могут мыться в ванне или под душем не реже 1-го раза в неделю. Тяжелым больным проводят мытье головы и ног в лежачем положении. После гигиенических процедур мочалки моют в воде и подвергают стерилизации кипячением в воде или автоклавированием. Желательно использовать одноразовые мочалки, которые после использования уничтожают.

Палатная медицинская сестра контролирует проведение мероприятий по гигиене кожи и уходу за наружными половыми органами и задним проходом. Важно производить подмывание заднего прохода и наружных половых органов два раза в день, а после акта дефекации - отдельно. Данную гигиеническую процедуру удобнее проводить при наличии восходящего душа, биде или подмыванием теплой водой с мылом. Кроме подмывания наружных половых органов женщинам часто бывает нужно спринцевание. При этом берут кружку Эсмарха, которую подвешивают на штатив на высоту 1 метра над уровнем кровати. Возможно использование слабого раствора калия перманганата, натрия гидрокарбоната (2 чайные ложки на 1 литр воды) или лечебного раствора, назначенного врачом. После процедуры подмывания промежности медицинская сестра, раздвигая половые губы двумя пальцами левой руки, осторожно производит введение в половую щель на глубину 6-7 см вла-

галищного наконечника. Удерживая наконечник, открывает кран и регулирует скорость движения раствора. Вся данная система (кружка Эсмарха, кран, резиновая трубка и наконечник) обязательно стерилизуются перед каждым применением. Медицинская сестра должна работать в стерильных перчатках. Гигиенический уход за ногтями на руках и ногах предупредит появление заусенцев и трещин околоногтевых валиков, тогда как при редкой подстрижке ногтей на пальцах ног наступает их деформация, врастание ногтей. Больные еженедельно обязаны стричь ногти на пальцах рук и не реже 2 раз в месяц на пальцах ног. После использования ножницы и кусачки для ногтей погружают в дезинфицирующий раствор на 45 минут.

Ходячие больные дважды в день утром и вечером должны чистить зубы, а после каждого приема пищи ополаскивать рот слегка подсоленной водой или слабым (2%) раствором гидрокарбоната натрия. Бритвы, стаканы для чистки зубов, расчески необходимо каждый день дезинфицировать. Зубные щетки стерилизуют кипячением. Нельзя держать предметы туалета в целлофановых мешках, так как вследствие повышенной влажности в них быстро возникают условия для размножения микрофлоры.

Палатная медицинская сестра осуществляет контроль за ежедневным утренним туалетом больных. При возникновении серных пробок в ушах палатная медсестра должна их убрать ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода. При наличии большого количества серных пробок по назначению врача проводят спринцевание уха при помощи шприца Жане или резинового баллона. Больной садится перед медицинским работником боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо пациента. В руки больному дается лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. После этого медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой производит введение конца шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхне-задней стенке струю раствора под давлением. Для проведения закапывания капель в ухо необходимо нагнуть голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой

немного оттягивают, а правой берут пипетку и считают капли, которые поступают в слуховой проход. После чего в ухо закладывается небольшой тампон из ваты на несколько минут.

Палатная медицинская сестра контролирует состояние постельного и нательного белья пациента. Смена постельного и нательного белья в хирургическом отделении должна проводиться регулярно, не реже 1 раза в неделю, чаще после гигиенических процедур, а также в случае загрязнения. Больным не разрешается использовать свое личное белье и полотенца. Если такое разрешение даст администрация больницы, необходимо белье менять и дезинфицировать в порядке, установленном для данного лечебного учреждения.

Больничное белье подвергают одновременной стирке и дезинфекции. Эта работа производится централизованно в прачечных, оборудованных дополнительно дезинфекционными камерами, которые позволяют осуществить дезинфекцию матрацев, подушек, ковров и т.д.

Камерная дезинфекция очень важна для учреждений здравоохранения как часть противомикробных мероприятий, что необходимо для защиты населения от инфекционных заболеваний. Нательное и постельное белье необходимо подвергать стирке в прачечной с кипячением. Пижамы, цветное белье, халаты замачивают в дезрастворе (0,2% хлорамин Б на 4 часа, или на 2 часа в 0,5% дихлор, на 1 час в 0,05% дезоксон), а затем стирают в прачечной.

Для выполнения различных лечебно-диагностических манипуляций необходима транспортировка пациента во вспомогательные кабинеты или другое отделение стационара. Способ доставки больного в отделение определяет врач в зависимости от тяжести состояния больного: на носилках (вручную или на каталке), на кресле-каталке, на руках, пешком. При удовлетворительном состоянии больные идут пешком в сопровождении среднего или младшего медицинского работника. В ряде случаев целесообразно доставлять больных в отделение на кресле-каталке. Тяжелых больных транспортируют в отделение лежа на каталке. Такое положение позволяет полностью расслабить мускулатуру тела, не требует усилий от больного и обеспечивает

оптимальные условия транспортировки. Каждая каталка должна быть заправлена чистой простыней и одеялом в зависимости от сезона. Белье следует менять после каждого больного. Необходимо уметь правильно переложить больного с кушетки на каталку. Для этого каталку ставят перпендикулярно кушетке, так чтобы ее головной конец подходил к ножному концу кушетки, после чего один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бедер, третий - под середину бедер и голени. Поднимают больного одновременно согласованными движениями, вместе с ним поворачиваются на 90° в сторону каталки и укладывают больного на носилки. Перекладывание больного можно производить и вдвоем: первый санитар подводит руки под шею и лопатки больного, второй - под поясницу и колени. При небольшой массе тела больного переложить его может и один человек. Для этого больного берут на руки, подводя одну руку под лопатки, а другую под бедра. Сам больной обхватывает руками шею санитара. При подъеме по лестнице носилки несут головой вперед, при спуске - ногами вперед. В обоих случаях поднимают ножной конец носилок и шагают "не в ногу". Особенности транспортировки больных зависят главным образом от характера и локализации заболевания. При переломе костей черепа транспортировку производят на носилках в положении на спине с опущенным подголовником и без подушки. Вокруг головы укладывают валик из одеяла, одежды или умеренно надутого воздухом подкладного круга. При переломах позвоночника в грудном и поясничном отделах на жестких носилках, на щите укладывают пострадавшего на спину лицом вверх. При переломе таза пострадавшего укладывают на спину, под разведенные колени подкладывают валик, свернутое одеяло, подушку. При переломах ребер больному придают полусидячее положение. При кровотечениях из ран конечностей им придают возвышенное положение. Больных с ожогами укладывают по возможности на неповрежденную сторону, тщательно укутывают одеялами, а обожженную поверхность закрывают стерильным бинтом или стерильной простыней.

При транспортировке больного, находящегося в бессознательном состоянии, необходимо следить, чтобы у него не западал язык, а при рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути. Для этого голову больного поворачивают на бок, нижнюю челюсть выдвигают вперед и удерживают в этом положении. Транспортировка таких больных производится исключительно на носилках в присутствии врача. Если у больного налажена и работает система для длительной инфузии в центральную или периферическую вену, то при его перекладывании участвует еще одна медсестра, которая отвечает за сохранность системы и ее работоспособность. Она снимает флакон со стойки, держит его в левой руке и при перекладывании и транспортировке больного правой рукой контролирует и фиксирует положение иглы или катетера в вене. При этом необходима особенная слаженность в работе всех, кто принимает в ней участие. Следует соблюдать осторожность, избегать толчков.

Медицинский пост – рабочее место медицинской сестры, имеет в наличии:

- стол, ящики, в которых содержится медицинская документация постовой сестры, листы назначений, бланки анализов, вызова специалистов для консультаций, списки больных для стола справок, температурные листы, листы диетических столов питания больных;
- шкафы для оборудования, с емкостями с 3 % раствором хлорамина для чистых и обработки использованных термометров, с мензурками, грелками, стойками для внутривенных инъекций;
- зеркало, мыло, мусоросборник, раковина, полотенца для рук (на обходе используется полотенце, которое смачивается дезинфицирующим раствором);
- столик, который можно передвигать, для раздачи медикаментов;
- стенд с информацией о правилах внутреннего распорядка;
- план эвакуации на случай пожара;

- желательно иметь селекторную связь с палатами и телефон, список нужных номеров;

Холодильник для лекарственных средств, сейф для наркотических препаратов и сильнодействующих средств, шкафы для лекарственных средств находятся в процедурном кабинете или в особо выделенной для этого комнате, которая запирается.

Палатная медицинская сестра должна:

- быть образцом дисциплинированности, осуществлять прием вновь поступивших больных в отделение;
- проводить осмотр на наличие педикулеза (контроль за работой приемного отделения больницы), оценивать общее гигиеническое состояние больного (проведение ванны, смена белья, подстригание ногтей и т.д.);
- осуществлять транспортировку или сопровождение больного в палату, обеспечивать его сразу же при поступлении индивидуальными предметами ухода, стаканом, ложкой для приема воды (лекарства);
- знакомить с расположением помещений отделения и правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;
- осуществлять сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т.д.) и организовывать своевременную отправку их в лабораторию: своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;
- проводить подготовку историй болезни, направление больных по назначению врачей на клиничко-диагностические, функциональные исследования, в операционные, перевязочные и в случае необходимости их транспортировку, совместно с младшим медицинским персоналом отделения, контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;
- подготавливать полотенца, специальные средства для дезинфекции рук врача, принимать непосредственное участие в обходе больных врачом-ординатором или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменениях в состоянии здоровья больных;

- производить измерение температуры тела больным утром и вечером, а по назначению врача и в другое время дня вести запись температуры в температурный лист, счет пульса и дыхания; измерять суточное количество мочи, мокроты, вносить эти данные в историю болезни;
- осуществлять плановое наблюдение, организацию ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактику пролежней;
- вести активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья — нательного и постельного;
- подходить к больному по первому его вызову;
- проводить контроль за выполнением пациентом установленного врачом режима питания, соответствием продуктов, принесенных больному родственниками, разрешенному ассортименту, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников в палатах;
- осуществлять составление порционных требований на диетстолы старшей медсестре для передачи их ей для приготовления диетпитания;
- производить раздачу пищи пациентам отделения, кормление больных;
- вести контроль за выполнением правил работы младшим обслуживающим персоналом;
- делать отметки в листе врачебных назначений об их выполнении с росписью за выполнение каждого назначения;
- быть гуманной, тактично вести себя при агонирующих больных, осуществлять правильное документальное оформление, укладку и передачу тела умершего для транспортировки в патологоанатомическое отделение; обслуживание больных в этот период поручается медицинскому персоналу другого поста;
- принимать непосредственное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и населения на темы санитарно-гигиенические, ухода за больными, профилактики заболеваний, здорового образа жизни и т.д.;
- производить прием и передачу пациентов только у постели больного;

- осуществлять регулярный (не реже 1 раза в 7 дней) осмотр больных на наличие педикулеза (с отметкой об этом в соответствующем документе), а также организацию (в случае необходимости) противопедикулезных мероприятий; ежедневно утром передавать старшей медицинской сестре список требуемых на пост лекарственных препаратов, предметов ухода за больными, а также делать это в течение смены;
- составлять в ночное время список пациентов своего поста, сведения о них по утвержденной в больнице схеме, передавать полученные сведения утром в приемное отделение больницы для справочного бюро (8.00);
- проводить кварцевание палат, закрепленных за постом, а также других помещений согласно графику, разработанному старшей медицинской сестрой отделения совместно с врачом-эпидемиологом больницы;
- работать без права сна и не отлучаться из отделения без разрешения старшей медсестры или заведующего отделением, а в период их отсутствия - дежурного врача;
- знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния больного, неотложных состояниях, обеспечить правильную и быструю транспортировку.

Палатная медицинская сестра обязана уметь:

- вести наблюдение за состоянием больного и правильно оценивать его;
- накладывать асептические повязки на раны и ожоговые поверхности;
- останавливать наружные кровотечения;
- проводить транспортную иммобилизацию;
- накладывать гипсовые повязки (после специальной подготовки);
- накладывать повязку при открытом пневмотораксе;
- определять групповую принадлежность крови;
- выполнять внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции;
- проводить трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, а также аутогемотерапию;

- делать искусственное дыхание с использованием соответствующих аппаратов;
- проводить непрямой массаж сердца;
- осуществлять промывание желудка, взятие желудочного сока, дуоденального содержимого;
- проводить постановку клизм, очистительной, питательной, лекарственной, капельной, сифонной (под руководством и наблюдением врача);
- вводить газоотводные трубки;
- катетеризировать мочевой пузырь мягким резиновым катетером;
- промывать мочевой пузырь;
- спринцевать влагалище;
- проводить постановку горчичников, пиявок, компрессов;
- измерять артериальное давление;
- проводить функциональные пробы, физиопроцедуры, электрокардиографические исследования (после специальной подготовки);
- осуществлять подготовку больных к рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям;
- проводить сбор материала для лабораторного исследования,
- включая мазки из зева и половых органов;
- осуществлять дезинфекцию и подготовку к стерилизации (в случае необходимости) инструментов, оборудования, предметов ухода, закрепленных за постом;
- проводить (по назначению врача после специальной подготовки) кожные пробы;
- четко и грамотно вести закрепленную за постом медицинскую документацию;
- ассистировать врачу при различных процедурах и манипуляциях;
- проводить правильную подготовку трупов для передачи в патологоанатомическое отделение;
- владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.

Организация перевязок. Палатная медсестра и санитарка помогают больному снять верхнюю одежду и лечь на перевязочный стол, затем закрывают его чистой простыней. При перевязке должен присутствовать лечащий врач - наиболее ответственные перевязки он делает лично. Медицинский персонал после каждой перевязки моет руки с мылом, вытирает их стерильным полотенцем или простыней и обрабатывает спиртом при помощи спиртового шарика.

При лечении хирургических больных, имеющих дренажи в полых органах или гнойных полостях, уход за дренажной трубкой и раной вокруг нее производится врачом во время перевязки. Один раз в сутки постовая сестра меняет все соединительные трубки, которые подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Банки с отделяемым меняют на стерильные. После опорожнения банки погружают в дезраствор, моют и стерилизуют. Банки для дренажной системы нельзя ставить на пол, их подвешивают к кровати больного или ставят рядом на подставки.

Палатная медицинская сестра осуществляет контроль за питанием пациента. Количество продуктов питания в передачах ограничивается необходимым и только тем, что разрешено больному его диетой. В тумбочках оставляют только продукты длительных сроков хранения (сахарный песок, конфеты, печенье).

Продукты малых сроков хранения принимают только в количестве, которое можно использовать в течение 24 часов, помещают в холодильник в отдельный пакет, на котором указывают дату получения, номер палаты и фамилию пациента. Хранение продуктов в других местах, в палате, между окнами запрещается. Контроль за соблюдением правил хранения продуктов питания осуществляет палатная медицинская сестра.

Обязанности палатной медицинской сестры при подготовке пациента к операции.

В процессе лечения и его организации значительное место занимает предоперационный период. Это такой отрезок времени, который необходим

для установления диагноза и приведения жизненно важных функций органов и систем к витальным уровням.

Предоперационную подготовку необходимо проводить с целью снижения уровня риска операции, предупреждения возможных осложнений. Предоперационный период может быть разным по длительности.

При подготовке к плановым операциям осуществляются все исследования, которые связаны с установлением диагноза, выявлением осложнений основного заболевания и сопутствующих заболеваний, определением функционирования жизненно важных органов.

При наличии показаний назначают медикаментозное лечение, направленное на изменение деятельности различных систем, чтобы привести к готовности организм больного к оперативному вмешательству. От характера и качества проведения предоперационного периода во многом зависит результат предстоящего лечения.

Плановые операции рекомендуется отложить при менструации, даже при незначительном подъеме температуры тела, легкой простуде, выявлении гнойничков на теле. Важна санация полости рта.

В обязанностях младшего и среднего медицинского персонала есть санитарная подготовка больного. Обычно ее начинают вечером накануне операции. Больному объясняется, что операцию проводят натощак. Накануне вечером больным дают легкий ужин, а утром ни есть, ни пить нельзя. Вечером если нет противопоказаний, всем больным делают очистительную клизму. После чего больной принимает гигиеническую ванну или душ, производится смена нательного и постельного белья. На ночь согласно назначениям врача больному дают снотворные или седативные средства.

Утром непосредственно перед оперативным вмешательством палатная медицинская сестра широко сбривает волосы с предполагаемого операционного поля и его окружности, учитывая возможное расширение доступа. Перед бритьем кожу необходимо протереть дезинфицирующим раствором и дать ей подсохнуть, а после бритья протереть спиртом. Данные процедуры не

проводят заранее, так как возможно инфицирование полученных при бритье ссадин и царапин. Несколько часов достаточно для возникновения в них очага инфекции с последующим развитием послеоперационных осложнений.

Утром больной проводит гигиенические процедуры: умывается, чистит зубы. Зубные протезы нужно вынуть, их заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы необходимо надеть шапочку или косынку. Женщинам, имеющим длинные волосы, заплетают косы.

После подготовки больного доставляют в операционную обязательно на каталке в сопровождении палатной медсестры, одетой в чистый халат, шапочку и маску. У тех больных, которые поступают по экстренным показаниям, выполняемый объем санитарной подготовки зависит от срочности предполагаемой операции и определяется дежурным врачом. Опорожнение желудка с помощью желудочного зонда и бритье волосяного покрова операционного поля являются обязательными мероприятиями.

Обязанности палатной медицинской сестры в период пребывания в операционной и в послеоперационном периоде.

Палатная медицинская сестра доставляет больного в операционную, как правило, лёжа на каталке, которая находится в хирургическом отделении. Перед оперблоком пациента перекадывают на каталку, которую за пределы операционной не вывозят. В тех случаях, когда это невозможно, колёса каталки из отделения протирают дезраствором и на ней подвозят больного непосредственно к столу. Если позволяет состояние больного, он активен, в сознании, то пациент сам перебирается на стол. Для этого каталку ставят вплотную к операционному столу. Один человек остаётся возле и удерживает её в таком состоянии, а другой переходит на противоположную сторону стола и помогает больному перебраться. Когда укладывает больного на стол один человек, то он остаётся у каталки и следит за тем, чтобы она не отъехала, и больной не упал на пол.

В зависимости от вида операции и области её выполнения существуют особенности положения больного на операционном столе. Горизонтальное

положение на спине применяется наиболее часто. Оно удобно для большинства операций на желудочно-кишечном тракте, грудной клетке, конечностях. Больного укладывают на операционный стол на плотный резиновый матрац, покрытый простыней; под голову кладут клеенчатую подушку. Больного обязательно фиксируют (привязывают). Обычно ноги выше колен фиксируют специальными ремнями или простыней. Одну руку привязывают, а другую оставляют свободной для контроля за пульсом. Фиксация необходима для того, чтобы воспрепятствовать неожиданным движениям больного и предотвратить его падение, особенно во время наркоза. Над изголовьем укрепляют дугу, которую закрывают стерильной простыней, чтобы ограничить дыхательные пути больного от операционной раны. При операциях на шее (трахеостомия, резекция щитовидной железы) больной лежит на спине. Под плечи ему подкладывают валик, благодаря чему голова запрокидывается. При операциях на желудке, поджелудочной железе, печени, желчных путях под поясницу подкладывают валик или выдвигают специальное приспособление, имеющееся в операционном столе. При удалении молочной железы больную слегка поворачивают на бок и отводят руку до прямого угла. Боковое положение больного требуется при ряде операций на органах грудной клетки. Руку больного фиксируют на специальной приставке. Верхний отдел туловища слегка приподнимают.

В положении на боку производят операции на почках (рис.1, приложение). В этих случаях под поясницу подкладывают валик, ногу, лежащую сверху, сгибают в коленном и тазобедренном суставах, а другую, прилежащую к столу, выпрямляют.

Положение на животе применяется при операциях на позвоночнике, задней черепномозговой ямке, ягодицах.

Голову больного укрепляют на специальной подставке или поворачивают в сторону.

Положение с опущенным головным концом (положение Тренделенбурга) (рис.2, приложение) применяется при операциях на органах малого таза.

В таком положении кишечник смещается в верхний отдел живота и не закрывает операционного поля. Наклон стола составляет до 45° , ножную секцию стола сгибают и к ней фиксируют ноги больного.

Промежностное (гинекологическое) (рис. 3, приложение) положение придают больным при операциях на промежности, заднем проходе, влагалище. Больного укладывают так, что ягодицы его находятся на конце стола, ноги приподнимают, разводят и укладывают на специальные подставки. В зависимости от вида операции и числа членов операционной бригады их места могут меняться. Обычно при операциях на органах брюшной полости хирург стоит справа от больного, первый ассистент с противоположной стороны, второй - слева от хирурга, третий - справа от первого. При операциях на органах грудной клетки при положении больного на боку хирург находится со стороны спины больного, положение ассистентов - такое же, как указано выше. В зависимости от характера оперативного вмешательства операционная бригада располагается так, чтобы было максимально удобно производить операцию. Операционная медицинская сестра вместе со своим столиком обычно находится со стороны ножного конца операционного стола на расстоянии, удобном для подачи хирургу инструментария. Анестезиологическая бригада находится в головном конце операционного стола. При любой хирургической операции больного привязывают (фиксируют) к столу специальными лямками из кожи или сшитыми из материи. Руки обычно укладывают на специальную подставку или вдоль туловища и следят, чтобы край стола не давил на заднюю поверхность плеча, где проходит лучевой нерв и его ветви, сдавление которых приводит к параличу кисти и пальцев.

Иногда больного доставляют в оперблок в тяжёлом состоянии по экстренным показаниям, и брить его приходится в предоперационной. В операционной это делать запрещено. Во время операции нередко расширяют разрез, поэтому волосы заранее сбривают, выходя за пределы зоны оперативного вмешательства. Например, перед операцией на органах живота волосы бреют на всей передней брюшной стенке, включая лобок. При операциях на

желудке, печени и других органах верхнего этажа брюшной полости у мужчин необходимо сбривать волосы на грудной клетке до уровня сосков. При введении больного в наркоз может произойти попадание инородного тела (зуб, рвотные массы) в дыхательные пути, в результате развивается удушье (асфиксия) или аспирационная пневмония. Для предупреждения этого осложнения вынимают съёмные зубные протезы, выявляют шатающиеся зубы, и помнят о них при манипуляциях в полости рта ларингоскопом и интубационной трубкой. Наконец, необходимо соблюдать правило: лучше лишний раз опорожнить желудок с помощью зонда, чем подвергать больного опасности.

Для проведения инфузионной терапии во время операции обычно используют вену локтевого сгиба, пунктируя её с соблюдением правил асептики. При сложных операциях, когда требуется переливание больших объёмов жидкости, катетеризируют магистральную (подключичную или яремную) вену.

При полном восстановлении сознания после выполнения операции, стабилизации дыхания и гемодинамики больного можно перевести в профильное отделение. В том же случае, когда имеется малейшее сомнение или вероятность возникновения осложнения пациента переводят в послеоперационную (посленаркозную) палату, которая должна непосредственно примыкать к оперблоку. Если же такой палаты нет, то больного транспортируют в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Пациента перевозят на каталке в сопровождении врача-анестезиолога, проводившего наркоз. Во время транспортировки может возникнуть остановка сердечной деятельности и дыхания, при которых тотчас проводят реанимационные мероприятия. В палате больного укладывают на бок, тем самым в случае рвоты предупреждают попадание рвотных масс, слюны или слезы в дыхательные пути. После восстановления защитных рефлексов и сознания пациенту придают нужное положение. Больного, находящегося в состоянии возбуждения, фиксируют мягкими лямками. Затем подключают

оборудование для мониторингового слежения. Наблюдение за больными организует анестезиолог-реаниматолог и проводит сестра-анестезистка.

Главными задачами ведения больных в ближайшее время после операции являются:

- предупреждение дыхательной недостаточности;
- предупреждение нарушений кровообращения и гомеостаза;
- купирование болевого синдрома;
- предупреждение инфекционных осложнений.

В послеоперационном периоде может наблюдаться угнетение дыхания вследствие продолжающегося действия веществ, которые использовались при проведении наркоза (анестетики, наркотические анальгетики, миорелаксанты). Слабое диафрагмальное дыхание и парадоксальные движения грудной клетки являются показаниями для проведения искусственной вентиляции легких. Восстановление синхронных дыхательных движений груди и живота (диафрагмальное дыхание), а также достаточная сила мышц, когда больной может пожать руку, приподнять голову и удержать её в таком положении в течение не менее 2 секунд свидетельствует о прекращении влияния лекарственных веществ.

В период выхода больного из наркоза может наблюдаться кислородное голодание (гипоксия), важнейшим признаком которого является цианоз (синеватый оттенок) кожи, но его отсутствие не исключает гипоксию. Главная причина гипоксии - нарушение свободной проходимости дыхательных путей. Особенно опасна рвота и регургитация желудочного содержимого. Рвота возникает вследствие действия анестетиков и наркотических анальгетиков, а также в результате гипоксии во время анестезии и в тех случаях, когда желудок переполнен. Когда больной лежит горизонтально или с опущенным головным концом может произойти регургитация (течение жидкости в направлении противоположном физиологическому) желудочного содержимого, т.е. пассивное его затекание в ротовую полость.

При попадании рвотных масс в дыхательные пути, т.е. при их аспирации, может произойти окклюзия бронхиального дерева. У больных возникает механическая асфиксия, которая заканчивается остановкой дыхания и смертью. Это осложнение предупреждают путем опорожнения желудка с помощью зонда до операции, и по окончании вмешательства ещё раз удаляют содержимое из желудка. Укладывая больного после операции в положение на бок, предупреждают аспирацию желудочного содержимого, а также западание языка, которое тоже может привести к асфиксии. Такое положение полностью не исключает возникновение указанных осложнений и является стандартным при транспортировке больных без сознания. В качестве исключения оно применимо, когда при выведении больного из наркоза недостаточно восстановлены защитные рефлексы. Для того чтобы язык не западал, пользуются воздуховодом или прибегают к так называемому тройному приёму Сафара (запрокидывание головы назад, выдвижение нижней челюсти вперёд и приоткрывание рта).

В случае возникновения этого осложнения головной конец тела больного опускают вниз. Затем салфеткой или отсосом очищают рот. Трахею освобождают от рвотных масс надавливанием с боков на грудную клетку. Больного интубируют и малыми порциями промывают бронхиальное дерево раствором питьевой соды с отсасыванием жидкости, либо выполняют санационную бронхоскопию.

Усиление боли в зоне операции ограничивает глубину дыхания и препятствует откашливанию мокроты. Недостаточная же вентиляция легких, в том числе при закупорке бронхиол слизью, приводит к формированию ателектаза, когда часть легкого теряет воздушность, спадается и здесь развивается воспаление. Для предупреждения этого необходимо рациональное обезболивание. Важна дыхательная гимнастика, каждый час больной должен делать 5 глубоких вдохов и выдохов, также самостоятельная или с помощью персонала перемена положения тела, ранние активные движения вплоть до вставания и массаж груди. При отхождении мокроты раз в 3-4 часа на не-

сколько минут больному придают постуральное положение (на том или ином боку, на спине), при котором слизь хорошо перемещается в крупные бронхи и относительно легко откашливается. При большом количестве мокроты проводят прямую ларингоскопию, через тонкий катетер аспирируют слизь.

Нарушения кровообращения в послеоперационном периоде часто связано с гиповолемией (уменьшением жидкости в организме), которая существует до или возникает во время операции и после неё. С целью профилактики этих нарушений восполняют недостающую жидкость путем переливания электролитных растворов и плазмозаменителей. Для определения необходимого объема инфузий ведут точный учет выделенной жидкости с мочой, калом, рвотными массами, через дренажи, свищи, желудочный и кишечный зонд. Для проведения инфузионной терапии выполняют венепункцию или венесекцию.

Наиболее оптимальна катетеризация магистральной вены. Катетер может быть проводником инфекции, поэтому необходимо своевременно менять загрязнившийся материал, которым фиксируют его к коже. При флебите инфузии в эту вену прекращают и катетер удаляют. Венозный катетер тромбируется, тромбы образуются вокруг него. Отрыв тромба приводит к тромбоэмболическим осложнениям, во избежание которых катетер регулярно, 2-3 раза в сутки, промывают физиологическим раствором с гепарином.

При обезвоживании наблюдается отрицательное центральное венозное давление, его присасывающее действие способствует попаданию воздуха через капельницу в сосудистое русло и возникновению воздушной эмболии. Для её профилактики во время инфузий следят за отсутствием пузырьков воздуха в системе и за её герметичностью в месте соединения с катетером. После окончания вливаний канюлю катетера закрывают специальной пробкой-заглушкой.

У больных в послеоперационном периоде можно выделить активное, пассивное и вынужденное положение.

Активное положение наблюдается у больных со сравнительно легкими заболеваниями или в начальной стадии тяжелых заболеваний. Больной самостоятельно изменяет положение в кровати, садится, встает, ходит.

Пассивное положение наблюдается, когда больной в бессознательном состоянии и, реже, в случае крайней слабости. Больной неподвижен, находится в положении, которое ему придают, голова и конечности свешиваются в силу их тяжести. Тело сползает с подушки к нижнему концу кровати. Данные больные нуждаются в особом наблюдении со стороны медперсонала. Требуется время от времени изменять положение тела, отдельных его частей, что очень важно для профилактики осложнений - развития пролежней, гипостатической пневмонии и т.д.

Вынужденное положение больной принимает для прекращения или ослабления собственных болезненных ощущений (боль, одышка, кашель).

В послеоперационном периоде наиболее часто используется положение на спине. Первые два часа пациент находится в постели без подушки (профилактика аспирации рвотными массами и слизью, уменьшение гипоксии головного мозга). Положение Симса – на животе - применяется после операций на позвоночнике и головном мозге (рис. 4 , приложение). При кровопотере, при травматическом шоке применяется положение Кларка – с приподнятым ножным концом.

При общем режиме палатная медицинская сестра осуществляет контроль за соблюдением гигиенических мероприятий. Тяжелым больным, находящимся на постельном режиме, нужна помощь по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отправлений. В компетенции медицинского персонала находится создание для больного функционально выгодного положения, способствующего скорейшему выздоровлению и профилактике осложнений. Так, после операции на органах брюшной полости рекомендовано положение с поднятым головным концом и немного согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой

для операционной раны, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения возможно использование специальных подголовников, валиков. Функциональные кровати, которые состоят из трех подвижных секций, позволяющих с помощью ручек плавно и бесшумно придавать больному удобные положения в постели, также имеют колесики для передвижения.

В обязанности палатной медицинской сестры входит профилактика пролежней. Пролежень - это омертвление кожи, подкожной клетчаткой, других мягких тканей, развивающееся в результате их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения и нервной трофики. Пролежни чаще формируются у тяжелых, ослабленных больных, тех, кто вынужден длительное время находиться в горизонтальном положении: при положении на спине - в области крестца, лопаток, локтей, пяток, на затылке; при положении больного на боку - в области тазобедренного сустава, в проекции большого вертела бедренной кости.

Возникновению пролежней способствует неудовлетворительный уход за больными: неопрятное состояние постели и нательного белья, неровный матрац, крошки продуктов питания в постели, длительное нахождение пациента в одном положении. При формировании пролежней сначала на коже появляется покраснение кожи, болезненность, позднее слущивается эпидермис, иногда образуются пузыри. Далее идет омертвление кожи, которое распространяется в глубину и в стороны с обнажением мышц, сухожилий, надкостницы.

Для профилактики образования пролежней каждые 2 часа надо менять положение, поворачивая больного, при этом места наиболее вероятного появления пролежней осматривают, протирают камфорным спиртом или другим дезинфицирующим средством, кроме того, проводят легкий массаж - поглаживание, похлопывание. При соблюдении пациентом длительного по-

стельного режима могут быть использованы современные противопрележные матрасы.

Постель больного должна быть опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, поверх сетки кладется матрац без бугров и впадин, а на него чистая простыня, края которой надо подвернуть под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Для тех больных, которые страдают недержанием мочи, кала, при значительном отделяемом из ран нужно подкладывать клеенку на всю ширину кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху укладывают пеленку, производят ее смену по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Мокрое, загрязненное белье сразу меняют.

Под крестец больного кладут резиновый надувной круг, покрытый пленкой, а под пятки и локти - ватно-марлевые круги (приложение, рис. 6). Очень эффективно и удобно использование противопрележного матраца, состоящего из множества надувных секций, давление воздуха в которых периодически волнообразно изменяется. Это изменяет давление на различные участки кожи, тем самым, производя массаж, улучшает кровообращение кожи. При возникновении начальных поверхностных поражений кожи проводят их обработку 5% раствором перманганата калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Лечение глубоких пролежней ведется по принципу лечения гнойных ран, согласно назначениям врача.

Смена постельного и нательного белья проводится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья проводится еще и по мере необходимости.

В зависимости от состояния больного есть разные способы смены постельного и нательного белья. Если больному разрешается сидеть, то его пересаживают с постели на стул, а младшая медсестра перестилает постель.

Смена простыни у тяжелого больного требует от персонала определенных навыков. В случае, если больному разрешается поворачиваться на бок, необходимо сначала осторожно приподнять его голову и убрать подушку,

после чего нужно помочь больному повернуться на бок. На свободной половине кровати, находящейся со стороны спины больного, необходимо скатать грязную простынь, чтобы она в виде валика легла вдоль спины у больного. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ложится рядом с валиком грязной простыни. После чего больному помогают лечь на спину, повернуться на другой бок, вследствие чего он остается лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирается грязную простыня и расправляется чистая.

В случае, когда больному совсем запрещено двигаться, можно сменить простыню другим способом. Для этого начиная с нижнего конца кровати, скатывают грязную простыню под больного, поднимая поочередно его голени, бедра и ягодицы. Валик грязной простыни при этом будет находиться под поясницей больного. Скатанную поперечно чистую простыню кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу, также поднимая нижние конечности и ягодицы больного. Валик чистой простыни окажется у валика грязной - под поясницей. Затем санитар слегка поднимает голову и грудь больного, другой убирает грязную простыню, а на ее месте расправляет чистую.

Основные алгоритмы практических навыков при работе палатной медицинской сестры

Измерение температуры тела в подмышечной впадине

1. Осмотреть подмышечную впадину, вытереть салфеткой кожу подмышечной области насухо.
2. Вынуть термометр из стакана с дезинфицирующим раствором. После дезинфекции термометр следует ополоснуть проточной водой и тщательно вытереть насухо.
3. Встряхнуть термометр для того, чтобы ртутный столбик опустился до отметки ниже 35 0С.

4. Поместить термометр в подмышечную впадину таким образом, чтобы ртутный резервуар со всех сторон соприкасался с телом пациента; предложить больному плотно прижать плечо к грудной клетке (при необходимости медицинский работник должен помочь больному удерживать руку).

5. Вынуть термометр через 10 минут, запомнить показания.

6. Встряхнуть термометр, чтобы ртутный столбик опустился ниже 35 0С.

7. Поместить термометр в емкость с дезинфицирующим раствором.

8. Зафиксировать показания термометра в температурном листе.

Измерение артериального давления

Последовательность выполнения

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить суть, ход предстоящих действий.

3. Получить согласие пациента на процедуру.

4. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 минут до ее начала.

5. Подготовить необходимое оснащение.

6. Вымыть и осушить руки.

7. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.

8. Уложить руку пациента в разогнутом положении ладонью вверх, подложив валик под локоть.

9. Наложить манжетку тонометра на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ними проходил 1 палец. Трубки манжетки обращены вниз.

10. Соединить манометр с манжеткой, укрепив его на манжетке.

11. Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы.

12. Определить пальцами пульсацию в локтевой ямке, приложить на это место фонендоскоп.

13. Закрывать вентиль груши, нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации в локтевой артерии +20-30 мм рт. ст. (несколько выше предполагаемого АД).

14. Открыть вентиль, медленно выпускать воздух, выслушивая тоны, следить за показаниями манометра.

15. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны, соответствующую систолическому АД.

16. Выпускать медленно из манжетки воздух.

17. «Отметить» исчезновение тонов, что соответствует диастолическому АД.

18. Выпустить весь воздух из манжетки.

19. Повторить процедуру через 5 минут.

20. Снять манжетку.

21. Уложить манометр в чехол.

22. Проздезинфицировать головку фонендоскопа методом двукратного протирания 70% этиловым спиртом.

23. Оценить результат.

24. Сообщить пациенту результат измерения.

25. Провести регистрацию результата в виде дроби (в числителе – систолическое давление, в знаменателе - диастолическое) в необходимой документации.

Измерение артериального пульса

Последовательность выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить суть и ход процедуры.

3. Получить согласие пациента на процедуру

4. Подготовить необходимое оснащение

5. Вымыть и осушить руки

6. Придать пациенту удобное положение, сидя или лежа.

7. Охватить одновременно кисти пациента пальцами своих рук выше

лучезапястного сустава так, чтобы 2, 3 и 4-й пальцы находились над лучевой артерией (2-й палец у основания большого пальца). Сравнить колебания стенок артерий на правой и левой руках.

8. Провести подсчет пульсовых волн на той артерии, где они лучше выражены в течение 60 секунд.

9. Оценить интервалы между пульсовыми волнами.

10. Оценить наполнение пульса.

11. Сдавить лучевую артерию до исчезновения пульса и оценить напряжение пульса.

12. Провести регистрацию свойств пульса на температурном листе графическим, а в листе наблюдения - цифровым способом.

13. Сообщить пациенту результаты исследования.

14. Вымыть и осушить руки.

Измерение частоты дыхательных движений.

Последовательность выполнения:

1. Создать доверительные отношения с пациентом.

2. Объяснить пациенту необходимость подсчета пульса, получить согласие.

3. Взять руку пациента, как для исследования пульса.

4. Положить свою и пациента руки на грудную клетку (при грудном типе дыхания) или эпигастральную область (при брюшном типе дыхания) пациента, имитируя исследование пульса.

5. Подсчитать число вдохов за минуту, пользуясь секундомером.

6. Оценить частоту, глубину, ритм и тип дыхательных движений.

7. Объяснить пациенту, что ему сосчитали частоту дыхательных движений.

8. Вымыть и осушить руки.

9. Провести регистрацию данных в температурном листе.

Подсчет ЧДД проводится без информирования пациента об исследовании частоты дыхания.

Измерение роста

Порядок выполнения:

1. Подложить на площадку ростомера (под ноги пациента) сменную салфетку.
2. Поднять планку ростомера и предложить пациенту встать (без обуви!) на площадку ростомера.
3. Поставить пациента на площадку ростомера; к вертикальной планке ростомера должны плотно прилегать затылок, позвоночник в области лопаток, крестец и пятки пациента; голова должна быть в таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глазницы находились на одной горизонтальной линии.
4. Опустить планку ростомера на голову пациента и определить на шкале рост по нижнему краю планки.
5. Помочь пациенту сойти с площадки ростомера и убрать салфетку.

Определение массы тела (веса) больного

Порядок выполнения:

1. Подложить на площадку весов (под ноги пациента) сменную салфетку.
2. Открыть затвор весов и отрегулировать их: уровень коромысла весов, на котором все гири находятся в «нулевом положении» должен совпадать с контрольной отметкой – «носиком» весов в правой их части.
3. Закрыть затвор весов и предложить больному встать (без обуви!) в центр площадки весов.
4. Открыть затвор и определить массу пациента, передвигая гири на двух планках коромысла до тех пор, пока коромысло не встанет вровень с контрольной отметкой медицинских весов.
5. Закрыть затвор.
6. Помочь больному сойти с весов и убрать салфетку.
7. Записать данные измерения.

Промывание желудка

Показания: проводится с лечебной, диагностической целью, а также для устранения из желудка остатков недоброкачественного продукта и других веществ. Необходимое оснащение: желудочный зонд с двумя отверстиями, воронка, таз.

Для определения длины зонда применяют следующую формулу:

$I = L - 100$ (см), где I – длина зонда, L – рост пациента, см.

Зонд вводится на заранее определенную длину в желудок. Подтверждением того, что зонд находится в желудке, является прекращение позывов рвоты. После введения зонда к наружному концу присоединяют воронку, затем воронку поднимают вверх и заполняют 2% раствором бикарбоната натрия, после чего опускают ниже уровня желудка для выведения желудочного содержимого и так повторяют до поступления из желудка чистых промывных вод. Количество промывных вод в тазу должно примерно соответствовать объему введенной через воронку жидкости.

Техника проведения дуоденального зондирования

1. Объяснить пациенту порядок проведения процедуры.
2. Правильно усадить больного: опираясь на спинку стула наклонить голову вперед.
3. На шею и грудь больного положить полотенце, если есть съемные протезы, их необходимо снять.
4. Рассчитать длину зонда по формуле: рост – 100 см.
5. Осторожно поместить слепой конец зонда на корень языка больного и попросить делать глотательные движения.
6. При достижении зондом желудка (на зонде метка 50 см) на его свободный конец наложить зажим.
7. Уложить больного на кушетку без подушки на правый бок, предложить согнуть ему ноги в коленях, под правый бок на область печени подложить теплую грелку.

8. Попросить больного продолжить заглатывание зонда в течение 20-60 минут до метки 70 см.

9. Опустить в пробирку конец зонда, снять зажим: если олива зонда находится в начальной части ДПК, в пробирку начинает поступать золотисто-желтая жидкость.

10. Собрать 2 - 3 пробирки поступающей жидкости (порция А – дуоденальная желчь), наложить на конец зонда зажим.

11. Уложить больного на спину, снять зажим и ввести через зонд шприцем подогретый раздражитель (40 мл 40% глюкозы, сульфат магния или сорбит) для открытия сфинктера Одди, наложить зажим.

12. Через 10-15 мин попросить больного опять лечь на правый бок, опустить зонд в следующую пробирку и снять зажим: должна поступать густая жидкость темно-оливкового цвета (порция В – из желчного пузыря), которая выделяется в течение 20-30 мин.

13. Когда начнет выделяться прозрачная жидкость золотисто-желтого цвета (порция С – печеночная желчь), опустить зонд в следующую пробирку и собирать ее в течение 20 - 30 мин.

14. После окончания процедуры осторожно извлечь зонд и погрузить его в емкость с дезинфицирующим раствором.

15. Все три порции желчи в теплом виде, вместе с направлением отправляют в лабораторию для диагностики.

Подготовка больного для сдачи анализа мочи

1. Объяснить пациенту цель и правила проведения исследования.

2. Накануне исследования пациенту необходимо ограничить употребление продуктов (морковь, свекла), воздержаться от приема лекарственных препаратов по назначению врача (мочегонные, сульфаниламиды).

3. Не менять питьевой режим за сутки до исследования.

4. Накануне и в день взятия мочи необходимо провести туалет наружных половых органов пациента.

Определение суточного диуреза

Цель: диагностика скрытых отеков.

Показания:

- наблюдение за пациентом с отеками;
- выявление скрытых отеков, нарастания отеков;
- контроль эффективности воздействия диуретических средств.

Необходимое оснащение: медицинские весы, мерная стеклянная градуированная емкость для сбора мочи, лист учета водного баланса.

Последовательность выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом, оценить его способности к самостоятельному проведению процедуры. Убедиться, что пациент сможет проводить учет жидкости.
2. Объяснить цель и ход исследования и получить согласие пациента на процедуру.
3. Объяснить пациенту необходимость соблюдения обычного водно-пищевого и двигательного режима.
4. Убедиться, что пациент не принимал мочегонные препараты в течение 3 дней до исследования.
5. Дать подробную информацию о порядке записей в листе учета водного баланса, убедиться в умении заполнять лист.
6. Объяснить примерное процентное содержание воды в продуктах питания для облегчения учета водного баланса.
7. Подготовить оснащение.
8. Объяснить, что в 06.00 необходимо слить мочу в унитаз.
9. Собирать мочу после каждого мочеиспускания в градуированную емкость, измерять диурез.
10. Фиксировать количество выделенной жидкости в листе учета.
11. Фиксировать количество выпитой жидкости в листе учета.
12. Объяснить, что необходимо указывать время приема или введения жидкости, а также время выделения жидкости в листе учета водного баланса в течение суток, до 06.00 следующего дня.

13. В 06.00 следующего дня сдать лист учета медицинской сестре.

14. Определить медицинской сестре, какое количество жидкости должно выделиться с мочой (в норме).

15. Сравнить количество выделенной жидкости с количеством рассчитанной жидкости (в норме).

16. Считать водный баланс отрицательным, если выделяется меньше жидкости, чем рассчитано (в норме).

17. Считать водный баланс положительным, если выделено больше жидкости, чем рассчитано.

18. Сделать записи в листе учета водного баланса.

Порядок раздачи лекарственных средств

Лекарственные средства назначаются только врачом. Палатная медицинская сестра перед выдачей лекарственных средств должна:

1. Тщательно вымыть руки.
2. Внимательно прочитать надпись на этикетке.
3. Проверить срок годности лекарственного вещества.
4. Проверить назначенную дозу.
5. Проконтролировать приём пациентом лекарственного препарата (он должен принять лекарство в присутствии медсестры).
6. Если лекарственное средство назначается для приёма несколько раз в день, то следует соблюдать правильные временные интервалы.

7. Препараты, принимаемые натощак, дают больному утром за 20-60 минут до завтрака, принимаемые до еды - за 15 минут до приема пищи, принимаемые после еды - через 15 минут после приема пищи. Лекарственные средства нужно хранить только в упаковке, отпущенной из аптеки.

При приеме таблетки, драже, капсулы, пилюли пациент помещает их на корень языка и запивает водой. Если пациент не может проглотить таблетку целиком, можно предварительно измельчить ее (исключение составляют таблетки, содержащие железо, их необходимо принимать целиком). Драже, капсулы, пилюли принимают в неизменном виде. Порошок высы-

пают пациенту на корень языка, дают запить водой. Микстуры, отвары назначают по столовой (15мл), чайной (5мл) или десертной (10мл) ложке. Удобнее пользоваться градуированной мензуркой.

Оксигенотерапия

Показанием для проведения оксигенотерапии является устранение гипоксии различного происхождения. Различают ингаляционные, неингаляционные (внелегочные) и гипербарические методы подачи кислорода. Самыми распространенными являются ингаляционные методы введения кислорода. Ингаляция кислорода (кислородных смесей) осуществляется с помощью кислородных масок, колпаков, палаток и тентов, катетеров, аппарата ИВЛ. Гипербарическая оксигенация проводится с помощью барокамер, представляет собой лечебное применение кислорода под давлением более 1 атм. Режим оксигенотерапии может быть непрерывным или сеансами по 20-30-60 мин.

Правила проведения оксигенотерапии:

1. Обеспечить проходимость дыхательных путей перед подачей кислорода.
2. Строго соблюдать концентрацию кислорода (наиболее эффективна и безопасна концентрация кислорода 30-40%).
3. Обеспечить увлажнение кислорода через толщу стерильной жидкости с помощью аппарата Боброва, где высота увлажняющей жидкости должна составлять 15 см.
4. Обеспечить согревание кислорода.
5. Контролировать время подачи кислорода.
6. Соблюдать технику безопасности при работе с кислородом контролировать проходимость дыхательных путей.
7. Контролировать по состоянию больного или по монитору частоту дыхания и сердечных сокращений, напряжение кислорода в крови.

Проведение катетеризации мочевого пузыря мягким катетером

Показания:

- острая задержка мочи более 6 – 12 ч;
- взятие мочи на исследование;
- промывание мочевого пузыря;
- введение лекарственных средств.

Противопоказания:

- повреждения уретры;
- острые воспалительные процессы уретры и мочевого пузыря;
- острый простатит.

Обеспечение:

- мягкий катетер;
- пинцеты анатомические (2 шт.);
- корнцанг;
- лоток;
- перчатки латексные;
- р-р фурацилина 1: 5000;
- салфетки;
- стерильное вазелиновое масло;
- емкость для сбора мочи;
- клеенка подкладная;
- антисептический р-р для подмывания;
- емкости с дезраствором.

Катетеризация мочевого пузыря мужчины

Подготовка пациента:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.
2. Обеспечить изоляцию пациента (применение ширмы).
3. Уточните у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить его согласие, исключить противопоказания.
4. Надеть маску, перчатки.
5. Уложить пациента на спину со слегка согнутыми в коленях и разведенными ногами.

6. Подложить под ягодицы пациента клеенку с пленкой. Поверх выступающего края клеенки поставить судно.

7. Приготовить оснащение, встать справа от пациента. В левую руку взять стерильную салфетку, обернуть ею половой член пациента ниже головки.

8. Встать справа от пациента, в левую руку взять стерильную салфетку, обернуть половой член ниже головки.

9. Взять половой член между 3 и 4 пальцами левой руки, слегка сдавить головку, 1 и 2 пальцами отодвинуть крайнюю плоть.

10. Взять пинцетом, зажатым в правой руке марлевый тампон, смочить в растворе фурацилина и обработать головку полового члена сверху вниз, дважды, от мочеиспускательного капала к периферии, меняя тампоны.

11. Влить несколько капель стерильного вазелинового масла в открытое наружное отверстие мочеиспускательного канала.

12. Сменить пинцет.

Выполнение процедуры:

1. Взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 5 - 6 см от бокового отверстия, обвести конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами (катетер располагается над кистью в виде дуги).

2. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом на длину 15- 20 см над лотком.

3. Ввести катетер пинцетом (правой рукой), первые 4-5 см, удерживая 1 - 2 пальцами левой руки головку полового члена.

4. Перехватить пинцетом катетер еще на 3-5 см от головки и медленно погружать его в мочеиспускательный канал на длину 19 - 20 см.

5. Опускать одновременно левой рукой половой член в сторону мошонки, что способствует продвижению катетера по мочеиспускательному каналу с учетом анатомических особенностей.

6. При появлении мочи погрузить периферический конец катетера в емкость для сбора мочи.

Окончание процедуры:

1. Извлечь осторожно катетер пинцетом в обратной последовательности после прекращения мочевыделения струей.
2. Поместить катетер (если использовался многоразовый) в емкость с дезинфицирующим раствором.
3. Надавить на переднюю брюшную стенку над лобком левой рукой.
4. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором.
5. Вымыть и высушить руки.
6. Обеспечить физический и психологический покой пациенту.

Катетеризация мочевого пузыря женщины

Последовательность выполнения:

1. Установить доброжелательные отношения с пациенткой.
2. Обеспечить изоляцию пациентки (применение ширмы).
3. Уточните у пациентки понимание цели и хода предстоящей процедуры, получить ее согласие, исключить противопоказания.
4. Надеть маску, перчатки.
5. Уложить пациентку на спину со слегка согнутыми в коленях и разведенными ногами.
6. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой с помощью пинцета взять марлевые салфетки, смоченные р-ром фурацилина.
7. Обработать мочеиспускательное отверстие движением сверху вниз, дважды, между малыми половыми губами, меняя салфетки.
8. Сбросить салфетки в дезинфицирующий раствор, сменить пинцет.
9. Взять пинцетом (правой рукой) катетер на расстоянии 5 - 6 см от бокового отверстия, как пишущее перо.
10. Обвести наружный конец катетера над кистью и зажать между 4 и 5 пальцами правой руки.
11. Облить катетер стерильным вазелиновым маслом.
12. Раздвинуть левой рукой половые губы, правой рукой осторожно ввести катетер в мочеиспускательный канал на 4-6 см до появления мочи.

13. Опустить свободный конец катетера в емкость для сбора мочи.

Окончание процедуры:

1. Надавить левой рукой на переднюю брюшную стенку над лобком, когда моча начнет выделяться по каплям.

2. Извлечь осторожно катетер после прекращения выделения мочи из него.

3. Сбросить катетер в емкость для дезинфекции.

4. Снять перчатки, поместить в емкость с дезраствором.

5. Вымыть и высушить руки.

6. Обеспечить физический и психологический покой пациентке.

Очистительная клизма

- показания: назначают для освобождения кишечника от каловых масс и газов при запорах и для подготовки больного к эндоскопическим методам обследования, рентгенологическим методам обследования органов брюшной полости.

- необходимое оснащение: для очистительной клизмы используют воду, имеющую температуру 37-39°C (объем жидкости 1 – 1,5 л), кружку Эсмарха, резиновую трубку, длиной 1,5 м, пластиковый наконечник.

Последовательность выполнения:

1. Установить доброжелательные отношения с пациентом.

2. Налить в кружку Эсмарха 1,0-1,5 литра воды комнатной температуры -20- 22°C; при атонических запорах – t воды 12°C (для стимуляции двигательной активности кишечника), при спастических - t воды 40°C (для снятия спазма мускулатуры кишечника).

3. Подвесить кружку Эсмарха на стойку, смазать стерильный наконечник вазелином.

4. Открыть вентиль на резиновой трубке и заполнить ее водой (выпустить воздух). Закрыть вентиль.

5. Пациента уложить на левый бок с согнутыми в коленях и слегка приведенными к животу ногами на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз.

6. 1-м и 2-м пальцами левой руки раздвинуть ягодицы пациента, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие на 3-4 см по направлению к пупку, затем на глубину 8-10 см параллельно позвоночнику.

7. Приоткрыть вентиль – вода начнет поступать в кишечник (при наличии газов и появлении у пациента чувства распирания, необходимо опустить кружку ниже кушетки и после отхождения газов снова поднять ее). Ввести в кишечник необходимый объем жидкости.

8. Закрыть вентиль и осторожно извлечь наконечник.

9. Оставить пациента в положении на левом боку на 10-15 мин.

10. Пациент опорожняет кишечник в унитаз или судно.

Правила заполнения медицинской документации на посту медицинской сестры

Основная сестринская медицинская документация хирургического отделения это:

- 1) «Журнал движения больных»
- 2) Procedурный лист
- 3) Температурный лист
- 4) «Журнал назначений»
- 5) «Журнал учета наркотических, сильнодействующих и ядовитых средств»
- 6) «Журнал передачи ключей от сейфа»
- 7) Требование на питание больных (порционник)
- 8) «Журнал приема и сдачи дежурств»

Обязанности работы палатной медицинской сестры при подготовке больного к рентгенологическим и эндоскопическим исследованиям

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка

1. В течение 2-3 дней перед исследованием - бесшлаковая диета.

2. Ужин накануне - не позднее 21.00 часов.
3. Исследование производится натощак.
4. Вечером и утром за 2 часа до исследования - очистительная клизма.
5. Доставить больного с историей болезни в рентгенологический кабинет.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию толстой кишки (ирригоскопия)

Это исследование проводится после введения в толстую кишку с помощью клизмы бариевой взвеси (200 г бария на 1,5 л воды).

Порядок подготовки:

1. В течение 2-3 дней перед исследованием - бесшлаковая диета.
2. Ужин накануне — не позднее 21.00 часов.
3. Исследование производится натощак.
4. Вечером и утром за 2 часа до исследования - очистительная клизма
5. За 30 минут до исследования - газоотводная трубка.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желчного пузыря.

При подготовке к холецистографии больной принимает контрастный препарат внутрь.

1. За 2 дня до исследования больному назначают бесшлаковую диету.
2. За 12—14 ч до исследования дают внутрь контрастный препарат (из расчета 1 г на 15 - 20 кг массы тела). Контрастный препарат следует вводить дробными порциями в смеси с сахарным песком через каждые 10 мин в течение 1 ч.
3. Вечером и за 1 - 2 ч до исследования поставить очистительную клизму.
4. Предупредить больного, что исследование будет проведено утром натощак. Если исследование проводится в амбулаторных условиях, больной должен принести с собой желчегонный завтрак (2 яичных желтка,

20 г сорбита), который вызывает сокращение и опорожнение желчного пузыря.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желчевыводящих путей (холеграфия)

При подготовке больного к холеграфии контрастный препарат (билигност, эндографин) вводят внутривенно. Перед проведением пробы следует обязательно уточнить, не было ли у больного ранее признаков непереносимости йодсодержащих препаратов. Если такие признаки наблюдались, проведение пробы и введение полной дозы препарата противопоказаны.

В случае, если при проведении пробы появились признаки повышенной чувствительности к йодистым препаратам (общая слабость, слезотечение, чиханье, насморк, зуд кожи, тошнота, рвота, а также гиперемия, болезненность и отечность в области инъекции), следует немедленно сообщить об этом врачу. При отсутствии признаков повышенной чувствительности продолжают подготовку больного к обследованию.

Подготовка больного:

1. За 1 - 2 дня до исследования проводят пробу на чувствительность к препарату: вводят внутривенно 1 - 2 мл билигноста.
2. Предупреждают больного, что исследование будет проведено утром натощак.
3. За 1 - 2 ч до исследования - очистительная клизма.
4. В рентгеновском кабинете при горизонтальном положении больного медленно вводят внутривенно 30 - 40 мл 20% раствора билигноста, подогретого на водяной бане до 37 °С.

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию почек и мочевыводящих путей (внутривенная урография)

Цель подготовки - освободить кишечник от содержимого и газов.
Подготовка больного:

1. За 2 - 3 дня исключить их рациона: винегрет, фрукты, сахар, молоко, черный хлеб.
2. При метеоризме назначить карболен по одной таблетке 4 раза в день.
3. Накануне исследования, со второй половины дня ограничить прием жидкости.
4. Вечером и утром за 2-3 часа - очистительные клизмы и проводят пробу на переносимость контрастного препарата (верографин, урографии и др.) 40-60 мл контрастного вещества вводят в/в в рентгенологическом кабинете в присутствии лечащего врача.

Подготовка больного к эндоскопическому исследованию желудка (фиброгастродуоденоскопия)

Фиброгастродуоденоскопия - исследование, позволяющее визуально определить локализацию, характер и степень изменений в слизистой оболочке пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Подготовка больного:

1. Проинформировать больного, что исследование проводится утром натощак; во время исследования нельзя говорить и проглатывать слюну.
2. Проследить, чтобы в день исследования больной снял зубные протезы и отправился в кабинет с полотенцем.
3. За 15 - 20 минут до исследования вводят подкожно 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата (по назначению врача).

Подготовка больного к эндоскопическому исследованию толстого кишечника (колоноскопия)

Эндоскопическое исследование высоких отделов толстой кишки требует тщательной подготовки больного.

Подготовка больного:

1. За 3 - 5 дней до исследования больному назначить диету № 4.

2. За 2 дня до исследования больной получает слабительные средства (касторовое масло 30-50 г).

3. Вечером накануне исследования и за 2 часа до него ставят очистительную клизму (3 - 4 литра тёплой воды 37-38 °С).

4. За 25 - 30 мин до исследования (по назначению врача) вводят подкожно 1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата.

Если у больного запор - диету № 3 назначают в течение 5 - 7 дней до исследования, а слабительные средства - 2 раза в день. За 12 и 2 часа до исследования больному ставятся очистительные клизмы.

Современная подготовка пациента может быть проведена с помощью специальных препаратов, например, «Фортранс».

Подготовка больного к эндоскопическому исследованию прямой кишки (ректороманоскопия)

Ректороманоскопия - это исследование прямой, сигмовидной и нисходящей ободочной кишки. Применение этого метода обследования позволяет выявить воспалительные процессы, язвенные поражения слизистой оболочки, увеличение и воспалительные процессы внутренних геморроидальных узлов, наличие новообразований.

Подготовка больного:

1. Проинформировать больного, что исследование проводится утром, натощак.

2. За 2 часа до исследования поставить больному очистительную клизму. Между подготовкой кишечника больного и исследованием должен быть перерыв не менее двух часов, так как очистительная клизма изменяет на некоторое время естественный вид слизистой оболочки.

Обязанности палатной медицинской сестры при организации питания пациентов в хирургическом отделении.

Лечебное питание – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной или профилактиче-

ской целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний, которые достаточны для энергообеспечения организма.

Сбалансированное питание - поступление достаточного количества питательных веществ в соответствии с энергозатратами, которые повышаются при патологическом состоянии в связи с увеличением основного обмена. Оптимальным соотношением этих веществ является суточное поступление белков – 13-17%, жиров – 30-35%, углеводов – 50-55%.

Помимо белков, жиров и углеводов в рацион питания обязательно входят витамины, микроэлементы и вода. Их количество учитывается при составлении соответствующих диет. В зависимости от заболевания выбирают необходимый пищевой рацион и путь поступления питательных веществ в организм. Выделяют два способа доставки пищи – естественный и искусственный.

При естественном питании лечащий врач назначает соответствующую диету или стол.

В нашей стране существует единая номерная система диетического питания по Н.И. Певзнеру, включающая 15 основных диет. Каждая из них содержит указания о показаниях к применению, цель назначения, общую характеристику главных особенностей химического состава, набора продуктов и их кулинарной обработки, о химическом составе и энергетической ценности, режиме питания, о перечне допустимых и противопоказанных блюд и продуктов, а также о некоторых способах их приготовления.

Количество диет, которые применяются в лечебно-профилактическом учреждении, зависит от местных условий и, главным образом, от профиля обслуживаемого контингента. Ежедневно палатная медицинская сестра подсчитывает количество пациентов с определенной диетой и оформляет заявку для приготовления соответствующего количества блюд на пищеблок.

После некоторых хирургических вмешательств и при многих заболеваниях естественное употребление пищи невозможно.

В этих случаях используют искусственное питание: энтеральное (через зонд или стому), парентеральное и комбинированное.

Энтеральное (зондовое) питание осуществляется палатной медицинской сестрой через зонд, заведенный в желудок или в тонкую кишку. У хирургических больных оно показано при: нарушении сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации; наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры); состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма); анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

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

Для зондового питания используют смеси, приготовленные только что из жидких продуктов (сливки, молоко, бульоны, яйца, соки) в сочетании с легкорастворимыми (сухое молоко, сахар, крахмал) или измельченными (мясо, рыба, творог) компонентами. Высоко калорийны и удобны смеси из продуктов детского питания, гомогенизированные консервированные смеси из натуральных продуктов, а также промышленно изготовленные быстрорастворимые смеси из белков, жиров и углеводов растительного происхождения.

В тех случаях, когда невозможно провести зонд в желудок, например при опухоли пищевода, выполняют операцию гастростомии. В искусственно созданный свищевой ход вводят трубку, через которую осуществляют питание больного. Для этого используют жидкую питательную смесь (трубчатый стол).

Питание через гастростому начинают на второй день после операции. В желудок одномоментно вводят с помощью шприца Жане или самотеком че-

рез воронку, соединенную с трубкой, по 100-150 мл смеси через каждые 2-3 часа. После каждого кормления трубку промывают водой и на нее накладывают зажим. Спустя 5-7 дней разрешается применять кашицеобразную пищу по 400-500 мл 4-5 раз в сутки.

Для приготовления смеси рекомендуют те же пищевые субстраты, которые используются для питания через зонд.

Особенности работы палатной медицинской сестры с больными с ожогами и отморожениями.

Термическое повреждение - это вид травмы, возникшей вследствие действия высокой, (ожоги, ожоговая болезнь) и низкой (отморожение, ознобление) температуры. По виду фактора, который вызвал повреждение, можно подразделить ожоги: термические, электрические, химические и лучевые ожоги (combustio). Любой ожог характеризуется определенной глубиной и площадью поражения.

Классификация ожогов имеет 4 степени согласно клиническим проявлениям и глубине поражения тканей.

При ожоге I степени в ткани возникает асептическое воспаление, наблюдаются его характерные признаки боль, припухлость, покраснение, повышение температуры и нарушение функции.

При ожоге II степени во внесосудистое русло диффузией поступает плазма, при этом отслаивается эпидермис, образуются пузыри с прозрачным, желеобразным содержимым, которое может помутнеть при инфицировании.

При ожоге III-а степени характерным является развитие некроза кожи, который частично захватывает сосочковый слой. Отмечается выраженная отечность тканей, напряжение, поверхность на вид белесоватая или покрыта сухим струпом, снижены болевая и тактильная чувствительность. При I-III-а степени поражения рана заживает самостоятельно, эпителизируется за счет росткового слоя дермы, так как это поверхностные повреждения.

При ожоге III-б степени возникает некроз всех слоев кожи. Поверхность покрывается сухим буровато-коричневым струпом, спаянным с глубжележащими тканями. Нет болевой и тактильной чувствительности.

При ожоге IV степени возникает некроз кожи, и глубжележащих тканей. Струп плотный и толстый, может иметь черный цвет. Самостоятельное восстановление кожи при данной степени ожога невозможно, и рана заживает рубцеванием. Такой ожог является глубоким. Глубина поражения сразу не выявляется, а лишь предполагается, истинную глубину ожога можно определить только спустя неделю.

Первая помощь и лечение при ожоге. Сначала необходимо остановить влияние повреждающего фактора, с помощью холодной воды производят охлаждение поверхности ожога. Для ее обработки какие-либо мазевые повязки, пудры, молоко, яйца применять запрещено. Рекомендуется наложить сухую асептическую повязку, при ожоге конечности осуществляют транспортную иммобилизацию, отвезти в стационар.

Первая помощь при химических ожогах также направлена на прекращение действия агента, для чего кожу промывают проточной водой в течение 15 минут и более. Лишь в случае, когда ожог вызван веществом (алюминий и его органические соединения, концентрированная серная кислота), при взаимодействии которого с водой возникает реакция с образованием тепла, воду не используют, иначе возникнет дополнительное повреждение. После промывания вещества, проникшие в глубину тканей, при ожоге кислотой нейтрализуют 2-5% раствором гидрокарбоната натрия, при поражении щелочью – 1% раствором уксусной кислоты, при ожоге известью – 20% раствором сахара, при поражении органическими соединениями алюминия – бензином, керосином в виде повязок или примочек. В последующем химический ожог лечат по тем же принципам, что и термическое поражение. Амбулаторно лечат ожоги I-II степени с площадью поражения менее 10% поверхности тела. Всех других пострадавших необходимо лечить стационарно. Ожоги II степе-

ни в области лица, волосистой части головы, стоп, паха и промежности также желательно лечить в стационаре.

Особенности ухода при лечении ожогов. Больных госпитализируют в специализированное ожоговое (комбустиологическое) отделение или центр, в хирургический стационар, а при необходимости в реанимацию. Таких больных лучше лечить в отдельных палатах.

Если площадь ожога велика, то она часто инфицируется. Данные микроорганизмы чрезвычайно устойчивы ко многим современным антибиотикам, вызывая развитие госпитальной инфекции. В ее лечении возникают трудности, из-за трудности выбора высокоэффективного средства. Ожоговые больные могут становиться источником для инфицирования других пациентов. Вследствие чего необходимо соблюдение правил асептики. Для предупреждения инфекционных осложнений создают индивидуальную окружающую среду для каждого больного. Медицинские работники носят одежду, предназначенную для хирургов, и специальный халат или фартук. При предстоящем контакте с больным проводят гигиену рук и надевают перчатки, работая затем так, чтобы не дотрагиваться до окружающих предметов и поверхностей (например, занавесок, разделяющих больных), с которыми возможно соприкосновение руками, не защищенными перчатками. После контакта с пациентом фартук и перчатки снимают и снова моют руки. При загрязнении одежды ее обязательно меняют перед контактом со следующим больным.

Очень важно поддержание чистоты в палатах при уходе за ожоговыми больными. Для этого проводится влажная уборка, осуществляемая 2-3 раза в сутки, и дважды в неделю дезинфицируют помещения. Чаше, чем в других палатах, меняется постельное белье, используя стерильные простыни. Загрязненное белье укладывается в специальные мешки и отправляется в прачечную отдельно от другого хирургического белья. Уборку помещения, его проветривание и смену белья рекомендуют проводить тогда, когда больные находятся на проведении различных медицинских манипуляций вне палаты.

Специальными дезсредствами протирают поверхности предметов (прикроватные поручни, столик) в палате. При очень обширных площадях ожогов для предотвращения нагноения важно эффективно поддерживать стерильность при гнотобиологической изоляции больного и лечении в управляемой абактериальной среде. Пациенты находятся в палатах-изоляторах на кроватях-сетках с воздушными матрацами. С помощью однонаправленного ламинарного потока поддерживается постоянная влажность и температура воздуха. Данные условия в сочетании с инфракрасным облучением и местной оксигенотерапией снижают обсемененность ран и ускоряют подготовку к кожной пластике.

Особенности работы при лечении ожоговой болезни. С первого дня данные больные нуждаются в интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии. Выполняют венепункцию или венесекцию. Катетеризация магистральной (подключичной, яремной) вены наиболее рациональна и проводится врачом. Необходимо строгое соблюдение правил асептики и своевременная смена загрязнившегося материала, фиксирующего катетер к коже. Это предупреждает развитие септических осложнений, когда катетер становится входными воротами инфекции.

При появлении признаков флебита инфузии в данную вену необходимо тут же прекратить, а катетер удалить.

Отморожения. При холодовой травме возможно поражение как организма в целом, так и различных его частей. Чаще всего бывает отморожение (congelatio) конечностей, ушей, носа и щек.

В развитии отморожение выделяют 2 периода: дореактивный, - от получения травмы до восстановления нормальной температуры пораженной области и реактивный период. По клиническим проявлениям и глубине поражения выделяют четырехстепенную классификацию отморожений.

Отморожение I степени не влияет на общее состояние организма. В дореактивный период кожа цианотична, в реактивный становится гиперемированной. После согревания возникает болевой синдром, движения в суставах

активны. Выздоровление наступает на 5-7 день. После выздоровления в области бывшего повреждения могут быть гиперпигментация, повышенная потливость или сухость кожи. Расстройства кровообращения, которые возникли при возникновении травмы, в пораженной зоне обуславливают большую возможность в этой области повторного отморожения.

При II степени отморожения характерны более интенсивный болевой синдром, зуд, жжение, возникновение отека области повреждения. Данные симптомы в течение двух дней исчезают, после чего появляются пузыри. Отек постепенно может переходить за пределы области поражения. Спустя 7-8 дней пузыри сморщиваются, эпителий слущивается, происходит эпителизация.

При III степени отморожения ткани поражены более глубоко. Возникают геморрагические пузыри, так как повреждается кожа, подкожная жировая клетчатка с кровеносными сосудами. Клинически отмечается интенсивная локальная боль, потеря тактильной, температурной чувствительности, общие признаки интоксикации. Через 2-3 недели происходит отторжение некротизированных тканей, и формируется раневая поверхность. Заживление раневого дефекта длится 1-3 месяца путем образования соединительнотканного рубца.

Отморожение IV степени связано с гибелью кожи и глуболежащих тканей вплоть до костей. Глубина поражения более-менее четко определяется лишь через 5-7 дней при образовании четких границ мертвых тканей, окончательный диагноз ставится к концу 2 недели. Отторжение некротических участков идет несколько месяцев и может осложниться влажной гангреней.

Первая помощь и лечение при отморожении. Лечение отморожения необходимо начать на догоспитальном этапе, так как его результаты напрямую зависят от адекватности и своевременности оказания первой помощи. Чаще ее оказывают в дореактивном периоде отморожения. Первоочередной задачей является устранение действия повреждающего агента, после чего необходимо восстановить кровообращение в зоне, подвергшейся действию холо-

да, которое осуществляется двумя путями. Сняв с конечностей промерзшие одежду и обувь, на пораженные участки накладываается изолирующая повязка, пострадавшему дается горячее питье и организуется скорейшую его доставку в ближайший стационар. Согласно другому методу, пораженную конечность помещают в воду, температура которой равна 17-18°C, и постепенно (в течение 1 часа) доводят ее до 36°C. При возникновении гиперемии, активных движений в межфаланговых суставах, ощущения «мягкости» зоны поражения процедуру заканчивают. Осушив сухим полотенцем конечность, на нее накладываается ватно-марлевая повязка и надеваается целлофановый мешок.

Особенности работы палатной медицинской сестры травматологического отделения.

Травма - это повреждение тканей, органов и частей тела вследствие действия механических, термических, химических и других факторов. Выделяют различные виды травм: производственная (промышленная, сельскохозяйственная) и непроизводственная (дорожно-транспортная, бытовая), сочетанная и комбинированная травма, изолированная и множественная. По характеру повреждения можно выделить ранение, перелом, ожог и другие виды травмы.

Переломы (fractura) – это самое частое повреждение, характеризующееся нарушением целостности кости, возникшим под действием внешнего фактора (травматического) или при изменениях костной ткани вследствие опухолевых процессов, развития остеомиелита (патологический фактор). Переломы бывают врожденные и приобретенные, полные и неполные, открытые и закрытые.

Диагностика этого вида повреждений основывается на данных клиники и рентгенографического исследования. К абсолютным симптомам перелома относят наличие в ране костных фрагментов, выпячивание кожи над отломками кости, патологическая (вне физиологического сустава) подвижность, костная крепитация, последнюю не исследуют в связи с возможным повреж-

дением сосудов, нервов при проверке ее наличия, а также рентгенологические данные. Каждый признак подтверждает диагноз перелома. Возможны и другие симптомы (нарушение функции конечности, локальная боль, усиливающаяся при движении и пальпации, деформация и укорочение конечности, отек и кровоизлияние в мягкие ткани), которые называются относительными, поскольку могут быть симптомами другой патологии и лишь помогают предположить диагноз перелома.

Основные принципы лечения переломов:

- правильное и своевременное оказание первой помощи до обращения в специализированное лечебное учреждение;
- своевременная диагностика перелома с рентгенографическим исследованием в двух проекциях;
- как можно более раннее и точное сопоставление костных отломков с необходимым обезболиванием;
- надежная фиксация сопоставленных костных отломков до их сращения;
- активное проведение мероприятий, ведущих к улучшению процессов консолидации;
- комплекс функционального лечения.

Первая помощь при переломе. Во избежание развития болевого и травматического шока оказывать первую помощь при переломах начинают с обезболивания. Обязательно выполнение транспортной иммобилизации зоны повреждения специальными шинами или имеющимися в наличии подручными средствами (рис.5, приложение). Шина должна фиксировать не менее 2-3 суставов с обеих сторон от перелома. При продолжающемся кровотечении осуществляют его остановку пальцевым прижатием сосуда, кровоостанавливающим жгутом или другим способом. При открытых переломах необходима асептическая повязка.

При оказании первой помощи на месте происшествия запрещено вправлять отломки кости, удалять осколки.

Особую группу пациентов травматологических отделений составляют пациенты со скелетным вытяжением (рис.6, приложение). Особенности ухода за этими больными объясняются длительным постельным режимом.

Особенности работы при лечении перелома гипсовой повязкой. При этом методе лечения переломов применяется беспрокладочный материал, а также гипсовую повязку с ватно-марлевой или матерчатой прокладкой. При этом используют герметично упакованные заводские гипсовые бинты, либо бинты, самостоятельно изготовленные из марли и гипса. В настоящее время широкое распространение получил термопластик, главным преимуществом которого является быстрое затвердевание, гигиеничность и легкость повязки.

Гипс представляет собой сульфат кальция, высушенный при температуре 100-130°C. Просушенный гипс – мелкий белый порошок, обладающий гидрофильными свойствами. При смешивании с водой образует плотную кристаллическую массу.

Для проверки качества гипса проводят следующую пробу: при смешивании гипса с равным количеством воды при комнатной температуре через 5-6 мин должна образоваться твердая пластина, которая не крошится и не деформируется при надавливании.

Для приготовления гипсового бинта непосредственно в лечебном учреждении поверхность стола покрывают тонким слоем просеянного гипса, поверх него укладывают раскатанный конец марлевого бинта длиной 30-50 см, после чего марлю посыпают слоем гипса толщиной 1-2 мм, равномерно разглаживая бинт и втирая порошок в марлевую ткань.

Приготовленную часть складывают и разворачивают следующий отрезок марлевого бинта. После этого бинт отрезают и свободный конец загибают поверх скатки, что облегчает его поиск при замачивании. Необходимо помнить, что слишком тугое сворачивание гипсового бинта препятствует проникновению воды вовнутрь во время его замачивания, а при рыхлом скатывании часть гипса высыпается из бинта. Обычно из одного фабричного

марлевого бинта заготавливают два гипсовых. При лечении перелома предпочтение отдают лонгете, когда повязка окружает конечность на 2/3 ее диаметра. Круговую (циркулярную) повязку накладывают чаще после ликвидации отека и только в стационаре.

Техника наложения гипсовой повязки. Перед наложением гипсовой повязки телу пациента или конечности придают такое положение, которое будет зафиксировано гипсом. Бинт или лонгету замачивают в большом тазе в теплой воде с таким расчетом, чтобы ее хватило на всю повязку. Доливать воду не рекомендуют, поскольку разница температуры сказывается на прочности гипсовой повязки. Замачивают по одному бинту, полностью погружая его в воду и удерживая в ней до прекращения отхождения пузырьков воздуха из бинта. Через 2-3 минуты бинт вынимают и слегка отжимают лишнюю воду. Надо помнить, что при скручивании бинта или при надавливании на его центр происходит вытекание жидкого гипса, такой бинт становится непригодным к использованию. Не рекомендуют форсировать намокание бинта путем его сжимания в воде для вытеснения воздуха, так как это замедлит проникновение жидкости между слоями.

Правила наложения гипсовой повязки:

- конечность должна по возможности находиться в физиологически выгодном положении;
- бинт накладывают без натяжения, раскатывая его по телу, и каждый слой разглаживают ладонью, в результате слои плотно прилегают друг к другу и образуют единое целое;
- костные выступы, подвергающиеся максимальному давлению, укрывают ватно-марлевыми подушечками;
- разглаживание повязки обеспечивает ее моделирование по контуру конечности и плотное прилегание к телу, благодаря чему повязка не вращается и не натирает кожу;
- в процессе бинтования положение конечности не меняют;

- дистальные участки конечности, на которую накладывают повязку, оставляют свободными для последующего наблюдения за состоянием кровообращения конечности;

- поддерживают конечность ладонью, а не пальцами, чтобы не возникало пальцевых вдавлений в самой повязке.

В травматологической практике используют постоянное липкопластырное и, чаще, скелетное вытяжение.

В первом случае тягу осуществляют клейкими лентами, крепящимися к коже (накожное вытяжение), и применяют его, когда для удержания отломков не требуется больших усилий, чаще всего у ослабленных больных и у детей.

Более надежным считается скелетное вытяжение, когда груз крепят к металлической конструкции, состоящей из скобы и спицы, проведенной через кость.

Особенности работы палатной медицинской сестры торакального отделения.

У большинства пациентов, которым производятся операции на сердце, легком, вследствие болезни уже при поступлении имеются явления дыхательной и сердечной недостаточности, которые утяжеляются операционной травмой. Больные, оперированные на органах плевральной полости, в первые часы и дни после хирургического вмешательства нуждаются в постоянном контроле их общего состояния и функций жизненно важных органов.

Оснащение палаты торакального профиля имеет свои особенности. В ней должна быть постоянная централизованная подача увлажненного кислорода. В отделении должны быть всегда готовые к работе электроотсосы, аппараты искусственной вентиляции легких, ларингоскоп, интубационные трубки, набор для трахеостомии и другие инструменты и лекарственные средства, необходимые при оказании неотложной помощи.

В торакальном отделении часто могут возникать угрожающие жизни состояния, требующие неотложной помощи, к ним относят:

- тампонаду сердца вследствие кровотечения в полость перикарда (ранение, разрыв или ушиб сердца, повреждение устья магистрального сосуда).
- тотальный гемоторакс при повреждении сердца или легкого, разрыве магистрального сосуда, кровотечении из межреберных сосудов, травмах живота с повреждением диафрагмы и кровотечением в плевральную полость.
- напряженный пневмоторакс при разрыве легкого, обширном повреждении бронхов, «сосущая» рана грудной стенки, повреждение трахеи.
- разрыв аорты или ее крупной ветви: тупая травма – результат резкого торможения при ударе грудью о неподвижный предмет, гораздо реже – проникающее ранение груди.
- окончатый перелом ребер (или перелом ребер и грудины) с флотацией грудной стенки, что часто сопровождается дыхательной недостаточностью и гемотораксом.
- разрыв диафрагмы вследствие тупой травмы сопровождается выпадением органов брюшной полости в грудную и нарушениями дыхания.

Как правило, на двое суток после операций на органах плевральной полости назначается индивидуальный сестринский пост. Каждый час измеряют артериальное давление, частоту пульса и дыхания, систематически производят рентгеновские снимки, делают анализы. В первые часы особое внимание должно быть направлено на борьбу с послеоперационным шоком. Больного, доставленного из операционной, укладывают на спину, тепло укрывают, к ногам кладут грелку.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости. Причиной может быть повреждение легкого, трахеи, бронхов или грудной стенки, либо сочетание этих повреждений. При проникающих ранах грудной стенки плевральная полость сообщается с атмосферой; происходит засасывание воздуха в плевральную полость; исчезновение отрицательного давления в плевральной полости делает дыхательные движения неэффективными (открытый пневмоторакс). Если во время вдоха воздух поступает в плевральную полость, а во время выдоха мягкие ткани грудной стенки или

паренхима легкого перекрывают раневой канал и препятствуют выходу воздуха наружу, то пневмоторакс называется клапанным. В этом случае объем воздуха и давление в плевральной полости постепенно нарастают и возникает напряженный пневмоторакс. Основные патофизиологические последствия открытого пневмоторакса – гиповентиляция и перемещение воздуха из здорового легкого в спавшееся во время выдоха и обратно во время вдоха. При напряженном пневмотораксе кроме этого сдавливаются вены средостения, снижается венозный возврат и нарушается вентиляция здорового легкого. Дисфункция миокарда, обусловленная кислородным голоданием, усугубляет нарушения гемодинамики. Признаки напряженного пневмоторакса: подкожная эмфизема; громкий тимпанический звук на стороне пораженного легкого при перкуссии; смещение трахеи в сторону здорового легкого; ослабление дыхательных шумов; нестабильность гемодинамики. Данные рентгенографии: легочное поле повышенной прозрачности, граница спавшегося легкого пересекает тени ребер; уплощение или прогиб вниз купола диафрагмы; смещение средостения в сторону здорового легкого. Дренаж устанавливают во II межреберье по среднеключичной линии или в V межреберье по средней подмышечной линии. Это врачебная манипуляция. До установки дренажа можно провести экстренную плевральную пункцию. Наружный конец дренажа подключают к трехбаночной дренажной системе; отрицательное давление должно быть равным 15-20 см. вод. ст. Это также достигается дренированием полости плевры в конце операции и созданием в ней при помощи различных вакуумных аппаратов определенной степени разряжения. При применении пассивного клапанного дренажа по Бюлау на наружный конец дренажной трубки, введенной в плевральную полость, укрепляют палец от резиновой перчатки с разрезом и опускают трубку в бутылку емкостью 500 мл с антисептической жидкостью (рис.7, приложение) В обязанности палатной медицинской сестры входит контроль за дренажом, чтобы клапан постоянно

находился погруженным в жидкость, иначе нарушается герметичность системы.

Активное дренирование продолжается 1-3 суток, а затем дренаж извлекают. После удаления дренажей эвакуацию плеврального содержимого производят с помощью пункций плевральной полости.

Особенности работы палатной медицинской сестры урологического отделения

Среди больных с заболеваниями мочевыделительной системы составляют особую группу пациенты с задержкой мочи, когда полноценный акт мочеиспускания невозможен, недержанием мочи, выраженным болевым синдромом. Этим больным возможна установка мочевого катетера (рис.8, приложение). После операции на яичке, семенном канатике на мошонку накладывают Т-образную повязку или суспензорий, в треугольной площадке последнего делается отверстие для полового члена.

Уход за больным с эпицистостомой. Эпицистостома (цистостома, надлобковый свищ мочевого пузыря) - это искусственный мочевой свищ для эвакуации мочи из мочевого пузыря, который накладывается временно или остается постоянно при повреждениях мочевого пузыря, уретры и заболеваниях мочевыделительной системы (опухолях предстательной железы).

Операция создания мочевого свища заканчивается введением дренажной трубки в мочевой пузырь и наложением стерильных салфеток (по типу штанишек) вокруг дренажа. Закрепляются салфетки клеоловой или лейкопластырной повязкой.

Дренажную трубку опускают в чистую, прозрачную, мерную плотно закрывающуюся емкость, заполненную антисептическим раствором (50-100 мл). Мочевой пузырь промывают через эпицистостому 3 раза в сутки.

После стихания острых явлений и восстановления мочеиспускания естественным путем дренажную трубку извлекают. Мочевой свищ заживает самостоятельно в течение нескольких дней.

В ряде случаев пациент нуждается в эпицистостоме длительное время, тогда после формирования свища (заживления раны и снятия швов) дренажная трубка заменяется катетером Пеццера, последний опускается в мочеприемник.

Особенности ухода за эпицистостомой после формирования свища. Медицинская сестра обязана:

- фиксировать мочеприемник к туловищу пациента;
- опустить катетер Пеццера в мочеприемник, обеспечив герметичность;
- регулярно проводить смену мочеприемника. Если он многоразовый - дезинфицировать и дезодорировать его;
- ежедневно обрабатывать кожу вокруг цистостомы водой с мылом, тщательно смывая остатки последнего;
- при появлении мацерации кожи использовать защитные мази и пасты;
- 2-3 раза в неделю промывать мочевой пузырь через эпицистостому водным антисептическим раствором до чистых промывных вод;
- научить пациента и родственников уходу за кожей вокруг цистостомы, мочеприемником.

Смена катетера Пеццера проводится урологом 1 раз в 3-4 нед.

Особенности работы палатной медицинской сестры с пациентами, оперированными на органах брюшной полости

Специфика хирургии органов брюшной полости обусловлена сложностью анатомии, особенностями физиологии и реакции органов на оперативное вмешательство, высокой потенциальной возможностью плохо контролируемого развития инфекции при возникновении осложнений.

Практически всем больным с первых суток после операций на органах брюшной полости разрешается перемена положения тела в пределах кровати, дыхательные упражнения, массаж. Сразу же после операции на область раны с целью сужения мелких сосудов и предупреждения развития гематомы кладут пузырь со льдом. Кроме того, местное применение холода оказывает обезболивающий эффект.

Отрыжка - внезапное, непроизвольное выделение через рот газов из желудка или пищевода, иногда вместе с небольшими порциями жидкого содержимого желудка. Избыточное количество воздуха вследствие увеличения внутрижелудочного давления рефлекторно вызывает сокращение мышц желудка и расслабление мышц входа в желудок, что и способствует возникновению отрыжки. В этой ситуации следует опорожнить желудок и промыть его с помощью зонда.

Рвота - сложный акт, результатом которого является извержение наружу содержимого желудка: закрывается выход из желудка и открывается вход, содержимое желудка как бы выдавливается опустившейся в результате глубоко вдоха диафрагмой и сократившимися мышцами брюшного пресса.

Если состояние больного позволяет, то при возникновении рвоты его следует посадить, поддерживая голову и плечи, подставить таз, обтереть рот и дать воды для полоскания рта.

При тяжелом состоянии больного нужно немедленно убрать из-под его головы подушку, опустить головной конец кровати, повернуть голову больного на бок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути, и не возникло аспирационной пневмонии или асфиксии. Под угол рта подставляют лоток или подкладывают полотенце. После рвоты больного умывают, полость рта обрабатывают влажным тампоном.

В случае кровавой рвоты следует уложить больного на бок, положить холод на живот, запретить прием внутрь пищи, жидкости, лекарств. Рвотные массы не убирать до осмотра врача, которого немедленно поставить в известность о случившемся. Дальнейшие действия производятся по назначению врача. При возникновении тошноты с целью профилактики рвоты необходимо опорожнить и промыть желудок с помощью зонда.

При метеоризме - скоплении газов в кишечнике - лечебные мероприятия начинают по назначению врача с введения в прямую кишку газоотводной трубки, которая представляет собой резиновую трубку длиной 30-50 см с диаметром просвета 5-10 мм. Смазав вазелином закругленный конец трубки,

ее вводят в прямую кишку на глубину 20-30 см. Перед введением сестре необходимо одеть резиновые перчатки, смазать указательный палец вазелином и при необходимости помочь пальцем проводить трубку. Вводить трубку нужно не спеша, вращательными движениями, без насилия и болезненности. Трубку можно оставлять в кишке на несколько часов. Свободный конец трубки обычно опускают в подкладное судно, так как по ней может вытекать и жидкое содержимое кишечника. После удаления трубки область ануса обтирают влажным тампоном, а в случае раздражения смазывают цинковой мазью. Трубку тщательно моют водой с мылом и кипятят.

У истощенных, онкологических, больных пожилого и старческого возраста иногда в послеоперационном периоде наблюдается расхождение краев раны брюшной стенки с выпадением внутренностей наружу. Такое осложнение называется эвентерацией, чаще оно возникает на 8-10-й день после лапаротомии, иногда в день снятия кожных швов. При кашле, резком напряжении брюшного пресса, а иногда без всяких видимых причин больной замечает, что повязка пропитывается светлым серозным или кровянистым отделяемым, которое может быть обильным. В рану из брюшной полости выпадают сальник и петли кишок, они подвергаются опасности охлаждения, загрязнения, что может привести к разлитому воспалению брюшины - перитониту или к ущемлению внутренностей и шоку.

Эвентерация требует немедленной операции.

Особенности работы палатной медицинской сестры с больными в критических состояниях.

Под критическим состоянием понимают крайнюю степень любой патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержка жизненно важных функций; выделяют предагонию, агонию и клиническую смерть, которые, являясь видом умирания, характеризуются крайней степенью декомпенсации систем кровообращения и дыхания. Без немедленной

коррекции этих состояний неизбежно наступает биологическая смерть – необратимое состояние организма.

Искусственное кровообращение проводят в случае прекращения сердечной деятельности независимо от вызвавшей его причины. Для этого выполняют непрямой массаж сердца. Эффективность непрямого массажа сердца обеспечивается тем, что пострадавшего укладывают на твёрдую поверхность (жесткая кушетка, широкая скамья, носилки с деревянным щитом или пол). Расстёгивают стесняющую тело одежду и становятся слева от реанимируемого. Ладонь одной руки помещают на нижнюю треть грудины, другую ладонь накладывают на тыл первой руки. Обычно интенсивность надавливания поддерживается массой тела того, кто проводит реанимацию. После каждого толчка руки расслабляют, грудная клетка свободно расправляется, а полости сердца заполняются кровью. Таким образом, осуществляется искусственная диастола. Непрямой массаж проводят ритмично с частотой сжатия 50-60 раз в 1 минуту.

Для повышения эффективности непрямого массажа рекомендуют одновременное сжатие грудной клетки и искусственный вдох. В этом случае ещё больше повышается внутригрудное давление и больший объём крови поступает к головному мозгу.

Перед выполнением искусственной вентиляции легких обеспечивают проходимость верхних дыхательных путей. При их заполнении жидким содержимым опускают головной конец или поворачивают реанимируемого на бок, открывают ему рот, удаляют слизь, рвотные массы и затем протирают ротовую полость. Следующим этапом помощи является запрокидывание головы оживляемого и выведение нижней челюсти вперёд. При этом язык отходит от задней стенки глотки и восстанавливается проходимость дыхательных путей. Затем, герметично зажав ноздри реанимируемого и наложив на открытый рот марлевую 3-4-слойную салфетку, начинают искусственное дыхание по типу «рот в рот». Другим вариантом является дыхание «рот в нос», для этого также проверяют и восстанавливают проходимость дыхательных

путей, плотно закрывают рот оживляемого и делают вдох через нос. Ритмичность вдохов составляет 10-12 в минуту, выдох осуществляется пассивно.

В условиях стационара искусственное дыхание поддерживают с помощью аппарата. Для этого больному заводят эндотрахеальную трубку в дыхательные пути через рот или нос (интубируют), и к трубке подключают респиратор. С целью профилактики затекания слизи и желудочного содержимого вдоль эндотрахеальной трубки в трахею раздувают манжетку и герметизируют таким образом воздухоносную систему. При уходе за таким больным следят, чтобы манжетка на интубационной трубке не была чрезмерно раздута. В тех случаях, когда необходима длительная, более 5-7 дней, вентиляция легких, а также при невозможности выполнить интубацию через рот в силу анатомических особенностей, при травме, опухолевых заболеваниях верхних дыхательных путей, при выраженном воспалительном процессе в носоглотке и гортани искусственное дыхание осуществляют через трахеостому - искусственный трахеальный свищ.

Основными задачами ухода за трахеостомой является поддержание хорошей проходимости трахеостомической трубки, предупреждение инфицирования дыхательных путей и высыхания слизистой оболочки трахеобронхального дерева. При обильном выделении из трахеи слизи каждые 30-40 минут её аспирируют с помощью стерильного катетера. Перед этим канюлю отграничивают от окружающей поверхности стерильной салфеткой, надевают стерильные перчатки и маску. Если слизь очень густая, то её предварительно разжижают протеолитическими ферментами или 5% раствором гидрокарбоната натрия путем ингаляции в виде аэрозоля или закапывания в трахею 1-2 мл раствора.

Функциональные обязанности процедурной медицинской сестры

На должность медсестры процедурного кабинета назначается лицо со средним медицинским образованием и практическим стажем работы по профилю не менее 5 лет. Назначается и увольняется медицинская сестра глав-

ным врачом больницы. Процедурная медицинская сестра непосредственно подчиняется заведующему отделением и старшей медицинской сестре.

Работа медсестры в процедурном кабинете. Процедурный кабинет предназначен для забора крови на различные исследования, выполнения всех видов инъекций, внутривенных введений лекарственных веществ, подготовки к переливанию крови, ее компонентов, кровезаменителей.

Последовательность действий медицинской сестры:

1. подготовить емкости для дезинфекции использованного инструментария и материала;
2. сдать накануне подготовленные биксы с материалом в ЦСО;
3. доставить стерильные биксы из ЦСО;
4. приготовить маркированные лотки для в/в и в/м инъекций;
5. подготовить стерильные биксы к работе;
6. надеть маску, провести гигиеническую антисептику рук, надеть стерильные перчатки;
7. накрыть стерильные лотки стерильной пленкой с помощью стерильных пинцетов и разделить лоток на три условные зоны: 1 - зона, на которую с помощью пинцета выложить стерильные шарики, под верхний слой стерильной пленки; 2 - зона для стерильных шприцов, заполненных инъекционными растворами и закрытых иглой с колпачком; 3 - зона, в которую уложить стерильный пинцет для работы на лотке.
8. при заборе крови с вены рекомендуется после каждого пациента проводить смену перчаток и обработку валика, жгута дезинфицирующим раствором;
9. после окончания забора крови у всех больных сбросить пленку в мешок для грязного белья, перекрыть стерильный лоток.

Текущая уборка процедурного кабинета проводится в течение рабочего дня. Заключительная уборка - в конце рабочего дня, генеральная уборка - 1 раз в неделю, кварцевание кабинета - каждые 2 часа по 15 мин.

В обязанности процедурной медицинской сестры входит:

1. Выполнение назначенных врачом процедур, разрешенные к выполнению средним медицинским персоналом.

2. Помощь врачу при проведении манипуляций, которые имеет право выполнять только врач.

3. Взятие крови из вены для биохимических исследований и отправляет ее в лабораторию.

4. Обеспечение строгого учета и хранение лекарств группы А и Б в специальных лекарственных шкафах.

5. Строгое соблюдение всех правил асептики и антисептики в кабинете при проведении процедур.

6. Составление требований на инструментарий, оборудование, медикаменты и получает необходимое в установленном порядке.

8. Ведение по установленной форме необходимую учетную документацию кабинета: журналы учета анализов, препаратов, подлежащих количественному учету.

9. Обеспечение санитарно-гигиеническое содержание процедурного кабинета.

10. Систематическое повышение профессиональной квалификацию путем участия в конференциях для среднего медицинского персонала, организуемых в больнице и отделении.

Медсестра процедурного кабинета имеет право:

1. В отсутствии врача оказывать экстренную доврачебную медицинскую помощь больным в отделении.

2. Повышать профессиональную квалификацию на специальных курсах в установленном порядке.

3. Требовать от персонала отделения соблюдения правил асептики и антисептики при работе в процедурном кабинете.

4. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.

Алгоритм проведения генеральной уборки в процедурном кабинете

• Подготовительный этап проведения генеральной уборки

(выполняет медицинская сестра)

1. Медицинская сестра готовит кабинет к уборке, освобождает его от предметов, оборудования, инструментов, медикаментов. Столы и шкафы должны быть свободны и доступны обработке.

2. Отключаются от сети УФ-облучатели и другие электроприборы.

3. Медицинская сестра (или специальный персонал) в специально оборудованном месте готовит рабочие растворы дезинфицирующего средства.

4. Проверяется наличие уборочного инвентаря и спецодежды.

1) Емкость для обработки мебели.

2) Емкость обработки для стен.

3) Ведро для полов.

4) Штатив для стен, штатив для полов.

5) Чистая ветошь для нанесения ДС на мебель и стены.

6) Салфетки для обработки УФ - облучателей.

7) Стерильная ветошь (хранится в биксе вместе со стерильным халатом для уборки).

8) Чистая ветошь для полов.

9) Чистая ветошь для вытирания досуха и полировки поверхностей (мебель, зеркало).

10) Контейнер для использованной ветоши.

11) 2 набора спецодежды (халат, маска, шапочка, перчатки). Один из наборов спецодежды, который используется для отмывки кабинета - стерильный, в биксе.

12) Рабочий раствор ДС в ручном распылителе для обработки трудно доступных мест.

• Первый этап уборки

1. Из кабинета удаляют отходы класса А и Б, использованные изделия медицинского назначения однократного применения (после их дезинфекции).

2. Наливают приготовленный рабочий раствор ДС в емкости, используемые для уборки, вносят уборочный инвентарь в кабинет.

4. Лицо, осуществляющее генеральную уборку (младший медицинский персонал или медицинская сестра), моет руки и надевает спецодежду: халат, шапочку, маску, резиновые перчатки.

5. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС на мебель и стены), смоченной дезинфекционным раствором из емкости для мебели, протирают внутренние поверхности шкафов и другой мебели.

6. Мебель (при возможности) отодвигают от стен к центру.

7. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС мебель и стены), смоченной дезинфицирующим раствором из емкости для стен, протирают стены (плавными движениями сверху вниз), окна, подоконники, радиаторы, двери. При этом уделяют особое внимание местам, прилегающим к выключателям, дверным ручкам, наличникам, крану и раковине для мытья рук. Трудно доступные места обрабатывают с помощью ручного распылителя.

8. Чистой ветошью (ветошь для нанесения ДС для мебели и стен), смоченной дезинфекционным раствором из емкости для мебели, протирают горизонтальные поверхности мебели и оборудования, начиная с верхних. Затем переходят к обработке вертикальных поверхностей. Ветошь меняют при появлении ее видимых загрязнений.

9. Отключенные от сети УФ-облучатели протирают салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором из емкости для мебели, лампы - салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом (салфетка должна быть хорошо отжата), затем сухой салфеткой. Лампы в открытых и комбинированных облучателях протирают при каждой генеральной уборке. Внутренние поверхности закрытых облучателей и колбы ламп обрабатывают ежемесячно, если иное не предусмотрено инструкцией по эксплуатации облучателя, марлевой салфеткой, смоченной 70% этиловым спиртом (салфетка должна быть хорошо отжата), затем сухой салфеткой.

10. В последнюю очередь дезинфицирующим раствором из емкости для мебели обрабатывают контейнеры для сбора мусора и отходов. После их обработки ветошь сразу сбрасывают в контейнер для использованной ветоши.

11. По окончании обработки, перед тем как вылить из емкостей для мебели и для стен использованный рабочий раствор ДС, им смачивают ветошь, чтобы обработать внутреннюю и внешнюю поверхности этих емкостей. Вылив ДС, обрабатывают обе емкости.

12. Ветошь для уборки пола смачивают дезинфицирующим раствором из ведра для пола и протирают ею пол.

13. Исползованную во время уборки ветошь сбрасывают в контейнер с ДС для сбора ветоши. Контейнер выносят в санитарную комнату.

14. Халат, шапочку, маску, снимают и помещают в мешок для грязного белья.

15. Снимают перчатки, моют руки, обрабатывают антисептиком.

Обработанное помещение закрывают на время проведения дезинфекции.

• Второй этап

1. После окончания времени дезинфекции персонал моет руки, надевает чистый стерильный халат, шапочку, маску, перчатки, протирает обувь дезинфицирующим раствором.

2. Емкости для мебели и для стен, обработанные ДС, споласкивают, а затем в них наливают водопроводную воду.

Ветошью, смоченной водопроводной водой, отмывают все поверхности в той же последовательности, что и при нанесении дезинфицирующего раствора.

3. Внутреннюю поверхность окна, другие стеклянные поверхности, зеркало после удаления дезинфицирующего раствора следует вытереть насухо и отполировать.

4. В последнюю очередь чистой ветошью для мытья полов моется пол чистой водопроводной водой из ведра для пола.

5. По окончании генеральной уборки обеззараживают воздух.

Длительность облучения воздуха в кабинете должна быть определена расчетным путем. Для открытых и комбинированных облучателей время облучения должно находиться в пределах 0,25 - 0,5 часа, закрытых облучателей - 1 - 2 часа.

6. Уборочный инвентарь, ветошь, тряпки для мытья пола обеззараживают дезинфицирующим раствором, время дезинфекции указано в инструкции по применению дезинфицирующего средства. После окончания дезинфекции уборочный инвентарь, тряпки для мытья пола прополаскивают и сушат. Ветошь направляют в стирку. Ветошь, используемую при отмывке, направляют на стерилизацию (вместе с халатом для уборки).

7. Сотрудник, проводивший уборку, снимает спецодежду, складывает в мешок.

Производит гигиеническую обработку рук.

8. Делает запись в журнале генеральных уборок и журнале бактерицидных ламп с четким заполнением граф.

9. При неудовлетворительных результатах посева воздуха, смывов с объектов внешней среды в перевязочных, операционных, процедурных, барозалах - генеральная уборка проводится вне графика с отметкой в журнале регистрации генеральных уборок.

10. Генеральная уборка перед наступлением осенне-зимнего сезона должна включать обязательное двухстороннее мытье стекол и проверку плотности закрытия рам.

Текущая уборка помещений.

Текущая уборка помещений проводится не реже 2 раз в день. Все поверхности предметов, мебели протираются двукратно ветошью, смоченной 2% р-ром Дезолона или другим штатным дезсредством с интервалом 15 ми-

нут. Полы моются с применением дезсредств специально выделенным для каждого помещения уборочным инвентарём с чёткой его маркировкой.

Утилизация шприцов, игл, систем для внутривенного переливания

Химический метод обеззараживания

1. Для обеззараживания использованных шприцев инъекционных однократного применения химическим методом предварительно готовят дезинфицирующий раствор, который заливают в две специальные маркированные емкости с крышками: "Емкость для обеззараживания игл" и "Емкость для обеззараживания шприцев". В качестве "Емкости для обеззараживания игл" может быть использован иглосъемник при заполнении его раствором дезинфицирующего средства. Иглосъемник представляет собой твердую не прокалываемую пластиковую емкость однократного применения, имеющую крышку с отверстием специальной конфигурации, подходящим для снятия игл со шприцев разного диаметра. "Емкость для обеззараживания шприцев" должна быть оборудована перфорированным поддоном и гнетом.

2. После проведения инъекции (манипуляции) медицинский работник, не накрывая иглу колпачком, производит раздельное обеззараживание использованных иглы и шприца химическим методом дезинфекции, для чего набирает в шприц при помощи поршня дезинфицирующий раствор из "Емкости для обеззараживания шприцев". Затем медицинская сестра отсоединяет иглу от шприца одним из способов, в зависимости от наличия в лечебно-профилактическом учреждении специальных приспособлений:

- снятие иглы с помощью иглосъемника;
- отсечение иглы с помощью иглоотсекателя с интегрированным не прокалываемым контейнером для игл;
- деструкция иглы с помощью деструктора игл - устройства для сжигания игл путем воздействия высокой температуры.

3. После отсоединения иглы корпус шприца с поршнем помещают в емкость с дезинфицирующим раствором, промаркированную "для обеззараживания шприцев", и выдерживают необходимое время экспозиции со-

гласно инструкции по применению используемого дезинфицирующего средства. Затем из корпуса шприца выпускают дезинфицирующий раствор при помощи поршня, после чего обеззараженные поршни и корпуса, шприцев укладывают в пакет, закрепленный на стойке-тележке, или контейнер однократного применения с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов Б или В. Емкость (пакет, контейнер) после заполнения на 3/4 объема упаковывают, помещают в мини-контейнер с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов, и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов до окончания времени рабочей смены с целью последующего транспортирования к месту уничтожения или утилизации.

При заполнении иглами иглосъемника на 3/4 объема и соблюдении необходимого времени экспозиции дезинфекции раствор аккуратно сливают, емкость закрывают крышкой, помещают в мини-контейнер с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов, и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов до окончания времени рабочей смены. Иглосъемник в дальнейшем транспортируют к месту обезвреживания или утилизации.

4. При отсутствии в лечебно-профилактическом учреждении приспособлений для снятия, отсечения или деструкции игл (иглосъемников, иглоотсекателей, деструкторов игл) отделение иглы от шприца следует осуществлять только после обеззараживания шприца с иглой. Обеззараживание проводят путем забора дезинфицирующего раствора через иглу внутрь шприца и погружения шприца с иглой в "Емкости для обеззараживания шприцев" с дезинфицирующим раствором на требуемое время экспозиционной выдержки. После окончания времени дезинфекционной выдержки иглу отделяют от шприца с помощью пинцета и помещают в твердую упаковку (не прокалываемую герметичную емкость однократного применения) согласно требованиям СанПиН 2.1.7.728-99 "Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений". Из шприцев выпус-

кают дезинфицирующий раствор при помощи поршня, затем помещают их в пакет, закрепленный на стойке-тележке, или контейнер однократного применения с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов. Емкость (пакет, контейнер) после заполнения на 3/4 объема упаковывают, помещают в мини-контейнер с цветовой маркировкой, соответствующей классу медицинских отходов, и хранят в помещении для временного хранения медицинских отходов до окончания времени рабочей смены с целью последующего транспортирования к месту уничтожения или утилизации.

5. Для дезинфекции шприцев инъекционных однократного применения используют дезинфицирующие средства, имеющие свидетельство о государственной регистрации, сертификат соответствия и методические указания (инструкции) по их применению. Концентрацию дезинфицирующего средства и время экспозиции определяют в соответствии с методическими указаниями (инструкцией) по его применению с учетом режима, эффективного в отношении возбудителей инфекционных заболеваний, на которые ориентировано учреждение здравоохранения, и режимов, рекомендуемых для дезинфекции изделий медицинского назначения при вирусных инфекциях. Дезинфицирующий раствор в емкостях меняют по окончании смены работы. Периодичность смены раствора в емкостях может быть определена в соответствии с методическими указаниями (инструкцией) по применению дезинфицирующего средства. На емкости для хранения дезинфицирующего раствора должно быть указано его название, концентрация, назначение и дата приготовления (для готовых к применению средств, разрешенных для многократного использования, указывают дату начала использования).

Техника выполнения внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций

Внутримышечные инъекции

Внутримышечные инъекции чаще всего проводят в верхний наружный квадрант ягодичной области (для определения места инъекции область ягодичи условно делят на четыре квадрата двумя линиями (рис.9, приложение)) или передненаружную поверхность бедра.

Положение пациента - лежа на животе или на боку (такое положение способствует расслаблению мышц ягодичной области).

Порядок выполнения:

подготовка шприца с лекарственным средством для инъекции:

- тщательно вымыть руки с мылом проточной теплой водой; не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, протереть их спиртом; надеть стерильные перчатки;

- вскрыть упаковку одноразового шприца, пинцетом в правой руке взять иглу за муфту, насадить ее на шприц;

- проверить проходимость иглы, пропуская через нее воздух или стерильный раствор, придерживая муфту указательным пальцем, положить подготовленный шприц в стерильный лоток;

- перед вскрытием ампулы или флакона внимательно прочитать название лекарства, чтобы убедиться в его соответствии назначению врача, уточнить дозировку и срок годности;

- слегка постучать пальцем по шейке ампулы, чтобы весь раствор оказался в широкой части ампулы;

- надпилить пилочкой ампулу в области ее шейки и обработать ее ватным шариком, смоченным в 70% растворе спирта; при наборе раствора из флакона удалить с него нестерильным пинцетом алюминиевую крышку и протереть стерильным ватным шариком, смоченным 70% раствором спирта резиновую пробку;

- ватным шариком, которым протирали ампулу, отломить верхний (узкий) конец ампулы;

- взять ампулу в левую руку, зажав ее большим, указательным и средним пальцами, а в правую руку – шприц;

- осторожно ввести в ампулу иглу, надетую на шприц, и, оттягивая поршень, постепенно набрать в шприц нужное количество содержимого ампулы, по необходимости наклоняя ее;

- при наборе раствора из флакона проколоть иглой резиновую пробку, надеть иглу с флаконом на конус шприца, поднять флакон вверх дном и набрать в шприц нужное количество лекарственного вещества;

- снять шприц с иглы для набора препарата и надеть на него иглу для инъекций;

- удалить пузырьки воздуха, имеющиеся в шприце, для этого шприц повернуть иглой вверх и, держа его вертикально на уровне глаз, надавливая на поршень выпустить воздух и первую каплю лекарственного вещества, придерживая указательным пальцем левой руки иглу за муфту;

- обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;

- перпендикулярно к поверхности кожи энергичным движением под углом 90° ввести иглу на глубину 3/4 ее длины (вводить иглу необходимо так, чтобы между муфтой иглы и кожей пациента осталось 2-3 мм);

- затем, медленно надавливая на поршень шприца, равномерно ввести лекарственное вещество;

- вынимать иглу из тела пациента следует резким движением, под тем же углом, не производя лишних движений иглы в тканях;

- место инъекции обработать чистым ватным тампоном, смоченном в 70% этиловом спирте.

Подкожные инъекции

В связи с тем, что подкожно-жировой слой хорошо снабжен кровеносными сосудами, для более быстрого действия лекарственного вещества применяют подкожные инъекции. Подкожно введенные лекарственные вещества оказывают действие быстрее, чем при введении через рот, т.к. они быстро всасываются. Подкожные инъекции производят иглой самого малого

диаметра на глубину 15 мм и вводят до 2 мл лекарственных препаратов, которые быстро всасываются в рыхлой подкожной клетчатке и не оказывают на нее вредного воздействия.

Наиболее удобными участками для подкожного введения являются:

- наружная поверхность плеча;
- подлопаточное пространство;
- передненаружная поверхность бедра;
- боковая поверхность брюшной стенки;
- нижняя часть подмышечной области.

В этих местах кожа легко захватывается в складку и отсутствует опасность повреждения кровеносных сосудов, нервов и надкостницы.

Не рекомендуется производить инъекции:

- в места с отежной подкожно-жировой клетчаткой;
- в уплотнения от плохо рассосавшихся предыдущих инъекций.

Порядок выполнения:

- тщательно вымыть руки с мылом проточной теплой водой; не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, протереть их спиртом; надеть стерильные перчатки;
- подготовка шприца с лекарственным средством (см. в/м инъекции);
- обработать место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;
- третий шарик со спиртом подложите под 5-й палец левой руки;
- взять в правую руку шприц (2-м пальцем правой руки держите канюлю иглы, 5-ым пальцем - поршень шприца, 3-4-ым пальцами держите цилиндр снизу, а 1-ым пальцем - сверху);
- собрать левой рукой кожу в складку треугольной формы, основанием вниз;
- ввести иглу под углом 45° в основание кожной складки на глубину 1-2 см (2/3 длины иглы), придерживать указательным пальцем канюлю иглы;

- перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство (не переключая шприц из одной руки в другую).

- извлечь иглу, придерживая ее за канюлю;

- прижать место укола ватным шариком со спиртом;

- сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты от кожи.

Внутривенные инъекции

Для выполнения внутривенных инъекций необходимо приготовить на стерильном лотке: шприц (10,0 - 20,0 мл) с лекарственным препаратом и иглой 40 - 60 мм, ватные шарики; жгут, валик, перчатки; 70 % этиловый спирт; лоток для отработанных ампул, флаконов; емкость с дезинфицирующим раствором для отработанных ватных шариков.

Порядок выполнения:

- тщательно вымыть руки с мылом проточной теплой водой; не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, протереть их спиртом; надеть стерильные перчатки;

- набрать лекарственное средство из ампулы в одноразовый шприц;

- помочь больному занять удобное положение - лежа на спине или сидя;

- придать конечности, в которую будет производиться инъекция, необходимое положение: рука в разогнутом состоянии ладонью вверх;

- под локоть подложите клеенчатую подушечку (для максимального разгибания конечности в локтевом суставе);

- наложить резиновый жгут (на рубашку или салфетку) на среднюю треть плеча так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, петля - вниз, пульс на лучевой артерии при этом не должен изменяться;

- попросите пациента поработать кулаком (для лучшего нагнетания крови в вену);

- найти подходящую вену для пункции;

- обработать кожу в области локтевого сгиба первым ватным шариком, смоченным в 70% этиловом спирте, в направлении от периферии к центру, сбросить его (предварительная обработка кожи);
- взять шприц в правую руку: указательным пальцем фиксируйте канюлю иглы, остальными охватите цилиндр сверху;
- проверить отсутствие воздуха в шприце, если в шприце много пузырьков, нужно встряхнуть его, и мелкие пузырьки сольются в один большой, который легко вытеснить через иглу в лоток;
- вновь левой рукой обработать место венепункции вторым ватным шариком со спиртом, сбросить его;
- зафиксировать левой рукой кожу в области пункции, натянув левой рукой кожу в области локтевого сгиба и несколько смещая ее к периферии;
- держа иглу срезом вверх под углом 45° ввести ее под кожу, затем уменьшив угол наклона и держа иглу почти параллельно поверхности кожи продвинуть ее вдоль вены и осторожно ввести иглу на $1/3$ ее длины (при сжатом кулаке пациента);
- продолжая левой рукой фиксировать вену, слегка изменить направление иглы и осторожно пунктировать вену, пока не ощутится "попадание в пустоту";
- потянуть поршень на себя - в шприце должна появиться кровь (подтверждение попадания иглы в вену);
- развязать жгут левой рукой, потянув за один из свободных концов, попросить пациента разжать кисть;
- не меняя положения шприца, левой рукой нажать на поршень и медленно ввести лекарственный раствор, оставив в шприце 0,5 мл (если не удалось до конца удалить воздух из шприца);
- приложить к месту инъекции ватный шарик со спиртом и извлечь аккуратным движением иглу из вены (профилактика гематомы);

- согнуть руку пациента в локтевом суставе, шарик со спиртом оставить на месте, попросить пациента зафиксировать руку в таком положении на 5 минут (профилактика кровотечения);
- сбросить шприц в дезинфицирующий раствор или закрыть иглу колпачком;
- через 5-7 минут забрать ватный шарик у пациента и сбросьте его в дезинфицирующий раствор или в пакет из-под одноразового шприца;
- снять перчатки, сбросить их в дезинфицирующий раствор;
- вымыть руки.

Подготовка системы для внутривенного переливания

(рис.10, приложение)

1. Надеть маску, тщательно вымыть руки с мылом проточной теплой водой, не вытирая полотенцем, чтобы не нарушить относительную стерильность, протереть их 70% этиловым спиртом, надеть стерильные перчатки.
2. Проверить срок годности и герметичность упаковки с системой, сдавив ее с обеих сторон.
3. Подготовить стерильный лоток с салфетками, ватными шариками.
4. Взять флакон с лекарственным веществом, проверить срок годности, внешний вид, сверить с врачебными назначениями.
5. Снять с флакона пинцетом центральную часть металлической крышки и дважды обработать пробку флакона ватными шариками, смоченными в 70% этиловом спирте.
6. Вскрыть пакет и извлечь систему.
7. Закрепить зажим на системе.
8. Снять колпачок с полимерной иглы и ввести ее во флакон до упора.
9. Перевернуть флакон вверх дном и закрепить его на штативе.
10. Открыть заглушку воздуховода на системе.
11. Заполнить капельницу до половины контрольной емкости, периодически надавливая на ее корпус.
12. Открыть зажим и выпустить воздух из системы трубок.

13. Закрывать зажим и зафиксировать систему на штативе.
14. Провести венепункцию.
15. Зажимом отрегулировать необходимую скорость инфузии.
16. После проведения манипуляции использованную систему необходимо продезинфицировать (перед замачиванием системы в растворе необходимо разрезать ее ножницами).

ПРИЛОЖЕНИЕ

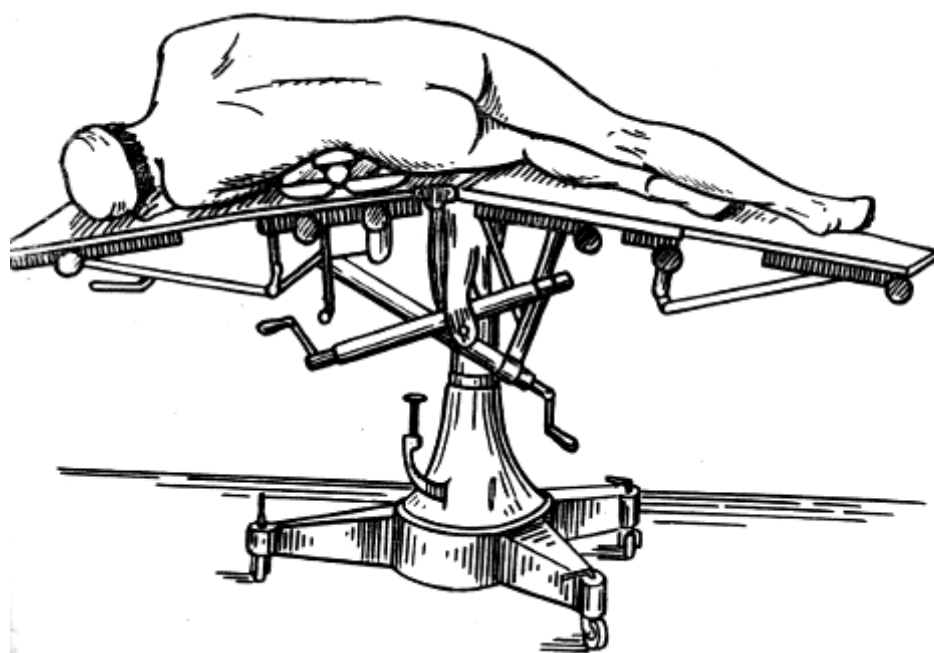


Рис. 1. Положение пациента на операционном столе при операции на почке

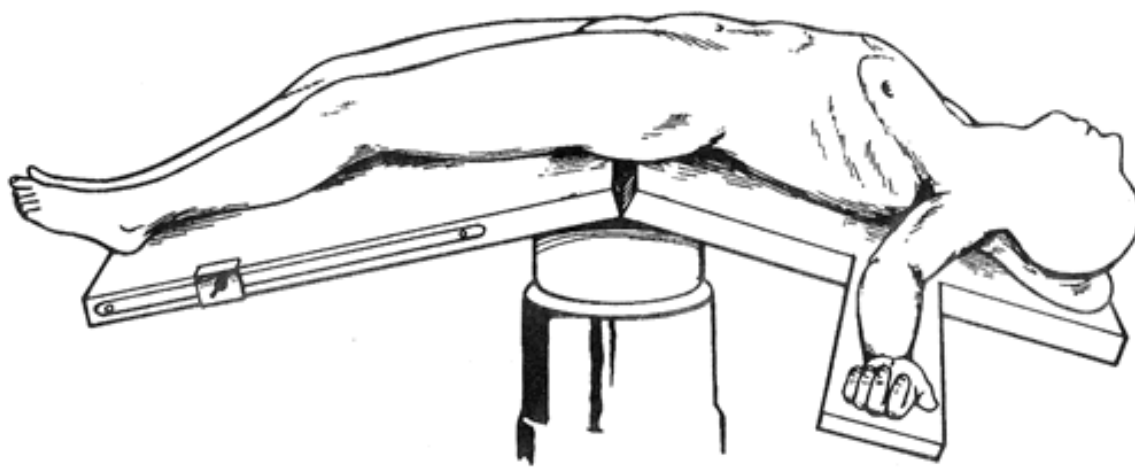


Рис. 2. Положение пациента на операционном столе при операции радикального удаления предстательной железы (положение Тренделенбурга)



Рис.3. Положение пациента на операционном столе при операции на промежности

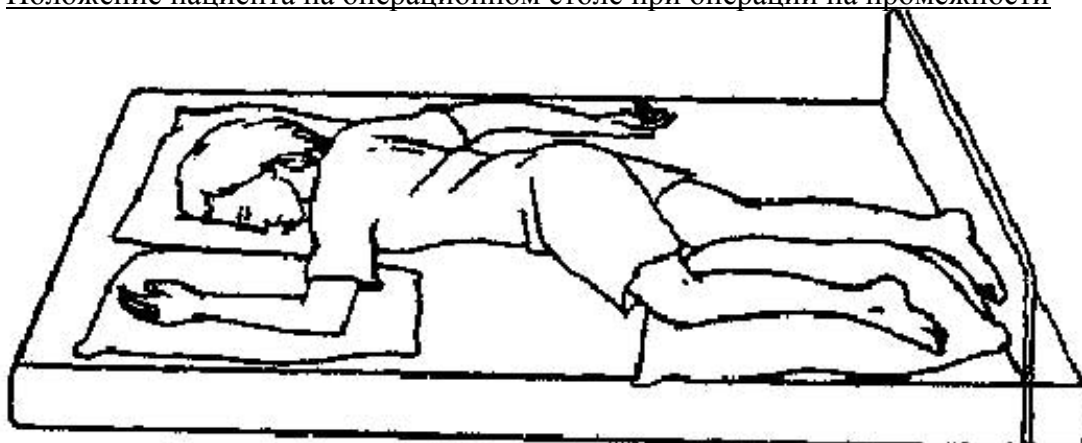


Рис. 4. Положение больного в постели после операций на позвоночнике и головном мозге (положение Симса)

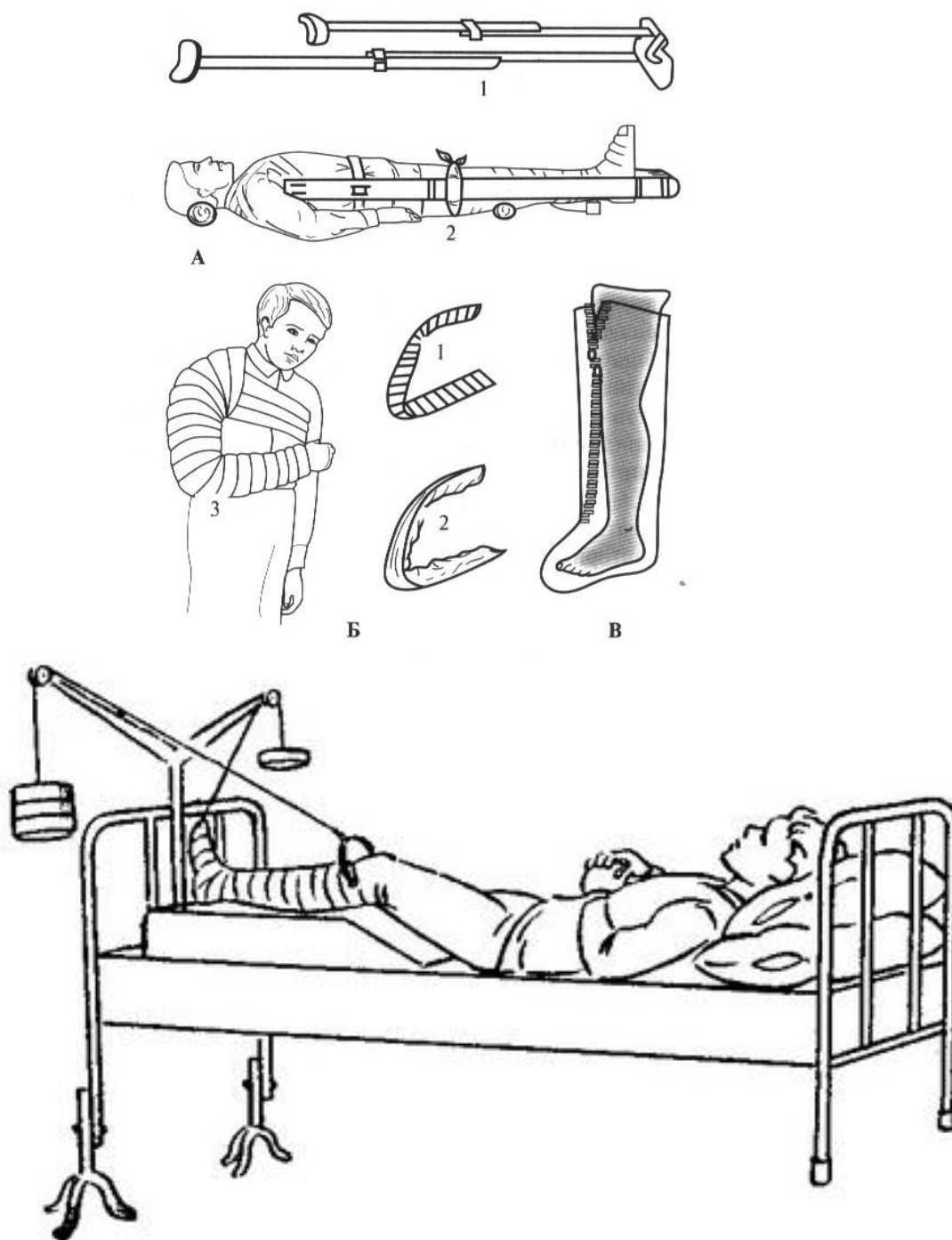


Рис. 6. Положение больного при скелетном вытяжении

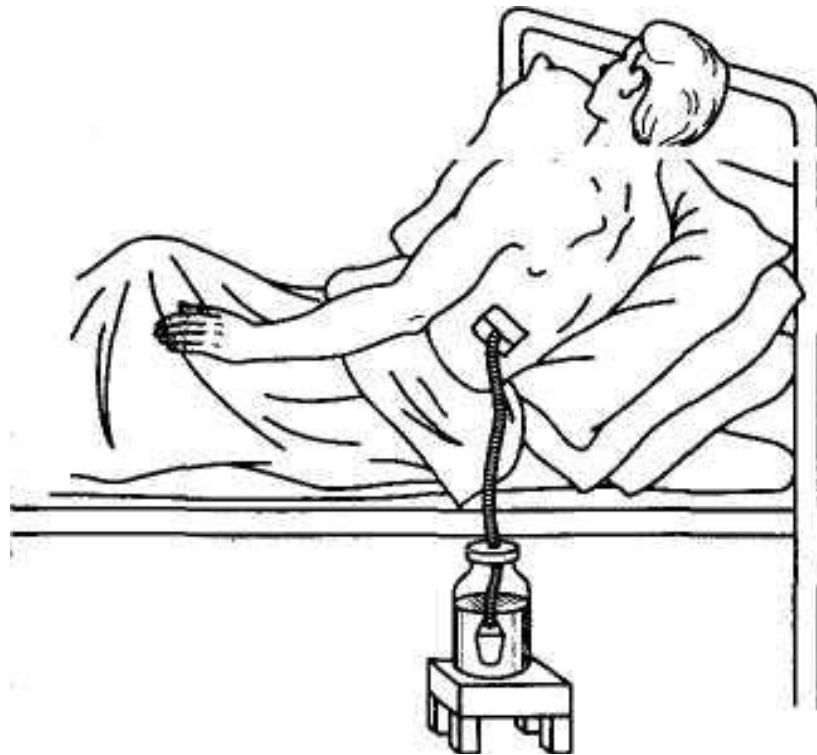


Рис. 7. Схематическ

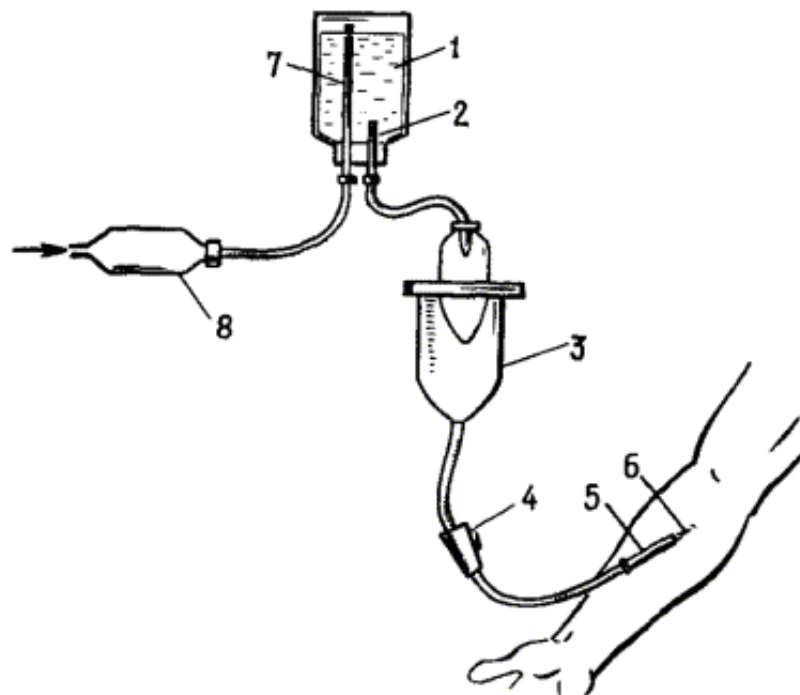
сти по Бюлау



Рис. 8. Катетеризация мочевого пузыря у мужчины



Рис.9. Опреде



ний наруж-

Рис.10. Схематическое изображение системы для внутривенных инфузий:
1 – раствор лекарственного средства; 2 – трубка подачи лекарственного средства; 3-
фильтр; 4 – устройство для изменения скорости инфузий; 5 – резиновый переходник;
6 – игла для инфузий; 7 – воздуховод; 8 – воздушный фильтр.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Выберите один правильный ответ из ниже приведенных вариантов.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПОДМЫШЕЧНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2 мин
- 2) 12 мин
- 3) 5 мин
- 4) 3 мин

2. МЕСТОМ ДЛЯ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ягодичная мышца
- 2) подлопаточная область
- 3) предплечье
- 4) передняя брюшная стенка

3. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ ИГЛА ВВОДИТСЯ

- 1) на всю длину иглы
- 2) на 2/3 иглы
- 3) на 1/2 иглы
- 4) на 1/3 иглы

4. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ НАРУШЕНИИ ТЕХНИКИ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) постинъекционный абсцесс

- 2) поломка иглы
- 3) воздушная эмболия
- 4) повреждение нервного ствола

5. МОЧА ДЛЯ ОБЩЕГО КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДОЛЖНА БЫТЬ ДОСТАВЛЕНА В ЛАБОРАТОРИЮ

- 1) не позднее 1 часа после сбора
- 2) не позднее 4 часов после сбора
- 3) не зависит от времени
- 4) сразу после сбора

6. МЕСТОМ ПРИЛОЖЕНИЯ РУК ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПРЕССИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) средняя часть грудины
- 2) нижняя треть грудины
- 3) верхняя треть грудины
- 4) слева от грудины в 4-м межреберье

7. В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ НА КОЖУ ЩЕЛОЧЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) коагуляция клеточных белков
- 2) импрегнация клеточных белков
- 3) гидролиз клеток
- 4) омыление липидных мембран клеток

8. В ХИРУРГИИ ПРОЛЕЖНЕМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) гнойное воспаление тканей в определенных анатомических областях
- 2) гнилостное воспаление тканей
- 3) некроз мягких тканей в результате сдавления
- 4) ишемия тканей в результате травмы
- 5) ишемия тканей вследствие венозного стаза

9. В ДООПЕРАЦИОННО ПЕРИОДЕ ПРИ ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) отхаркивающих препаратов
- 2) зондового питания
- 3) очистительных клизм
- 4) холода на живот

10. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ СОБИРАЮТ

- 1) вторую порцию мочи через час после сна утром натощак
- 2) первую порцию мочи после туалета наружных половых органов
- 3) вторую порцию мочи сразу после пробуждения
- 4) всю порцию мочи при утреннем мочеиспускании

центрифугируется, с последующим исследованием 100мл осадка

11. ПРИ ПОДГОТОВКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИИ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ПАЦИЕНТ

- 1) исключает из диеты свеклу
- 2) в течение 7ми дней не должен принимать аспирин и стрептомицин, специальной подготовки не требуется
- 3) в течение 3 дней до исследования не употребляет мясо и рыбу
- 4) сдает кал после пальцевого исследования прямой кишки.

12. ПРИМЕНЯЮЩИЙСЯ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ В УРОЛОГИИ КАТЕТЕР ФОЛЕЯ

- 1) вводится в уретру только у мужчин
- 2) имеет на конце раздуваемый баллон-фиксатор
- 3) используется только при мочепузырных свищах
- 4) имеет изогнутую головку

13. ДО ПРИХОДА ВРАЧА К БОЛЬНОМУ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ НЕОБХОДИМО

- 1) поставить очистительную клизму
- 2) дать холодное питье
- 3) положить на живот пузырь со льдом
- 4) ничего не предпринимать.

14. ПРИОРИТЕТНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОРЫВА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО В БРОНХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кашель с гнойной мокротой
- 2) снижение аппетита
- 3) слабость
- 4) лихорадка

15. ПОЛОЖЕНИЕ ИГЛЫ ПРИ ПОДКОДНОЙ ИНЪЕКЦИИ ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) под углом 30 к коже
- 2) под углом 45 к коже срезом вверх
- 3) под углом 45 к коже срезом вниз
- 4) не имеет значения

Ситуационные задачи.

Задача №1. У больного температура тела 41°C, он возбуждён, бредит, на щеках румянец. Как называется состояние? В какой помощи он нуждается?

Задача №2. Больной жалуется на плохое самочувствие, “ломоту” во всем теле, головную боль, ему холодно, никак не может согреться t тела 40,3° С. В каком периоде лихорадки находится больной? Какая помощь ему необходима?

Задача №3. Больному при температуре тела 41,0°C были введены жаропонижающие препараты. Через 20 минут температура снизилась до нормы, но состояние больного ухудшилось: появилась резкая слабость, пульс нитевидный, конечности холодные, бельё мокрое от пота. В каком периоде лихорадки находится больной? Какая помощь ему необходима?

Задача №4. Пациентка К. жалуется на боли в правой ягодичной области после в/м инъекции раствора сульфата магния. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня 38 -38,5° С, беспокоит озноб. При осмотре общее состояние больной ближе к удовлетворительному, АД- 120/90 мм рт.ст., пульс 22 в минуту, ритмичный, температура тела - 38,3°C, в верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8x8 см, пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре - флюктуация. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Расскажите о причинах и профилактике данного заболевания. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача №5. Больной 17 лет, заболел 12 часов назад. Жалобы на постоянные боли внизу живота больше справа. Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,7°C. Многократная рвота. Кожные покровы бледные. Слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 88 ударов в мин. Живот участвует в акте дыхания. Отмечается болезненность и мышечное напряжение в правой подвздошной области. О чем можно думать? В чем будет заключаться предоперационная подготовка больного?

Задача №6. Больной К. выписывается после операции – резекции желудка. Дайте ему необходимые рекомендации по режиму питания.

Задача №7. Медицинскую сестру пригласили к больному, у которого после операции на брюшной полости внезапно появились интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку и лопатку. Какова тактика медсестры?

Задача №8. На практике по хирургии в перевязочном кабинете студентка К. при виде крови внезапно побледнела и упала, потеряв сознание. Что случилось? Какова тактика медсестры?

Задача №9. Медицинскую сестру вызвали в палату к больному, у которого появилась рвота, имеющая вид кофейной гущи. Что с больным? Какова последовательность действий?

Задача №10. У больного М. внезапно появилась интенсивная схваткообразная боль в поясничной области больше справа, иррадиирующая в паховую область и половые органы. Что случилось? Какова тактика медсестры?

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Уход за хирургическими больными. Учебник / Н.А.Кузнецов, А.Т. Бронштейн. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 288с.
2. Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям/ Под редакцией профессора Н.А.Кузнецова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 192с.

Дополнительная литература.

1. Основы ухода за хирургическими больными / А.А.Глухов, А.А.Андреев, В.И.Болотских, С.Н.Боев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 288с.
2. Клинический уход за хирургическими больными. «Уроки доброты» / А.А. Шевченко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 416с.

3. Практические навыки медицинской сестры / Под редакцией М.В. Чичко. - Минск.: Книжный Дом, 2005. – 848 с.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ И СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Ответы к тестам	1-3)	8-3)
	2-1)	9-4)
	3-2)	10-2)
	4-3)	11-3)
	5-1)	12-2)
	6-2)	13-3)
	7-4)	14-1)
		15-2)

Ответы к ситуационным задачам

Задача №1

Больной находится во второй стадии лихорадки (стадия постоянно высокой температуры тела).

Необходимо:

- обеспечить постоянное наблюдение за больным;
- строгое соблюдение больным постельного режима;
- накрыть больного легкой простыней;
- на лоб положить холодный компресс;
- тщательный уход за ротовой полостью – обрабатывать слизистую оболочку 2% раствором соды, губы – вазелиновым маслом;
- давать обильное прохладное питье;
- назначить стол №13;
- контролировать ЧСС, АД, ЧДД с отметкой в температурном листе;
- следить за физиологическими отправлениями;
- проводить мероприятия, направленные на профилактику пролежней.

Задача №2

У больного первая стадия лихорадки (стадия подъема температуры тела).

Необходимо:

- уложить больного в постель;
- обеспечить постоянное наблюдение за больным;
- укрыть теплым одеялом, если этого недостаточно к ногам грелку;
- давать обильное горячее тепло;
- контролировать ЧСС, АД, ЧДД с отметкой в температурном листе;
- не допускать сквозняков;
- следить за физиологическими отправлениями.

Задача №3

У больного третья стадия лихорадки (стадия снижения температуры – критическое снижение температуры).

Необходимо:

- срочно вызвать врача;
- обеспечить постоянное наблюдение за больным;
- приподнять ножной конец кровати;
- укрыть больного теплым одеялом, к рукам и ногам приложить грелки;
- дать увлажненный кислород;
- давать горячее тепло;
- контролировать ЧСС, АД, ЧДД с отметкой в температурном листе;
- следить за физиологическими отправлениями;
- проводить мероприятия, направленные на профилактику пролежней.

Задача № 4

1. Абсцесс правой ягодичной области

2. Причины возникновения – нарушение правил асептики или попадание лекарственного вещества в подкожную клетчатку.

Профилактика – соблюдать правила асептики, препараты для внутримышечного

введения вводить в мышцу соответствующими иглами.

3. Наложить асептическую повязку и для уточнения диагноза госпитализировать в хирургическое отделение.

Задача № 5

1. Острый аппендицит, перитонит.

2. Больному необходимо экстренное оперативное вмешательство.

3. Предоперационная подготовка:

- термометрия, измерение АД, пульса;
- назогастральный зонд;
- общий анализ крови, мочи;
- определение группы крови и резус-фактора;
- частичная санитарная обработка передней брюшной стенки;
- сухое бритье надлобковой области;
- премедикация.

Задача № 6

1. Питаться малыми порциями 5-6 раз в день.
2. Исключить из рациона жирное мясо, грибы, пряности, копчености, маринады, жареные продукты.
3. Блюда готовить на пару или в отварном виде.
4. Ограничить сладкие блюда, блюда содержащие клетчатку.

Задача № 7

1. Обеспечить больному полный покой.
2. Придать возвышенное положение.
3. Вызвать врача.
4. Дать нитроглицерин сублингвально.

Задача № 8

У студентки обморок.

1. Придать горизонтальное положение с приподнятым ножным концом (для обеспечения притока крови к голове).
2. Освободить от стесняющей одежды.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Для активации дыхательного центра поднести к носу ватный тампон, смоченный нашатырным спиртом.

Задача № 9

У больного желудочное кровотечение.

1. Немедленно информировать об этом врача.
2. Уложить больного в постель (при снижении АД приподнять ножной конец кровати), голову повернуть на бок во избежание аспирации дыхательных путей.
3. Категорически запретить прием пищи и жидкости.
4. На эпигастральную область положить пузырь со льдом.
5. Необходимо наблюдать за общим состоянием больного: сознанием, цветом кожных покровов, контролировать пульс и АД каждые 30 мин.
6. По назначению врача парентерально вводить кровоостанавливающие препараты.

Задача № 10

У больного почечная колика.

1. На поясничную область горячую грелку (t воды до 50°C) или принять горячую ванну (температура воды $38-39^{\circ}\text{C}$ продолжительностью 10-20 мин).
2. По назначению врача больному вводят спазмолитические и анальгезирующие препараты.