# ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Хирургия в отличие от других медицинских дисциплин имеет свою специфику, которая диктуется тем, что в основе хирургической службы лежит оперативное вмешательство. При производстве операции большое внимание уделяется вопросам асептики и антисептики. Погрешности в асептике и недооценка важности антисептики приводит к нагноению операционной раны и другим тяжелым последствиям. Пациентов в хирургических отделениях делят на «чистых» и «гнойных», в связи с чем, различают чистую и гнойную хирургию.

**Чистая хирургия** занимается лечением больных без гнойных и воспалительных заболеваний (язвенная болезнь желудка, доброкачественные и злокачественные опухоли и т.д.).

**Гнойная хирургия** оказывает помощь больным, у которых причиной заболевания является инфекция (абсцесс, флегмона, фурункул, остеомиелит). Учитывая возможность переноса инфекции от одного больного к другому (внутрибольничная инфекция), особенно от «гнойных» больных к «чистым», больных с гнойными заболеваниями изолируют в специальные палаты. Для оказания специализированной помощи в крупных городах и клиниках организуют специальные отделения гнойной хирургии, где проводят соответствующее лечение. Требования к соблюдению асептики в этих отделениях значительно выше, чем в чистых отделениях.

# Организация хирургического стационара

**Приемное отделение**. Прием больных осуществляется через приемное отделение, где производится первичная сортировка больных. В зависимости от характера заболевания больные госпитализируются в отделения соответствующего профиля. Приемное отделение состоит из регистратуры, боксов-кабинетов для первичного осмотра больных, двух комнат (боксов) для санитарной обработки — отдельно для мужчин и женщин, комнаты для хранения чистого больничного белья и комнаты для хранения одежды больных. Важно иметь при приемном отделении 1-2 диагностические палаты, а также изолятор для инфекционных больных. В приемном отделении больные подвергаются санитарной обработке (гигиеническая ванна, душ, осмотр волос на педикулез, чесотки, гнойников и т.д.) и переодеванию в больничную одежду (нижнее белье, халат, тапочки).

**Общехирургическое отделение.** Лечение хирургических больных производится в специально оборудованных и оснащенных хирургических отделениях. Хирургическое отделение состоит из палат для больных, операционного блока, перевязочных и подсобных помещений (санитарный узел, ванная, столовая, буфетная, бельевые комнаты, комнаты для персонала и т.д.). Хирургическое отделение должно быть оборудовано горячей и холодной водой, центральным отоплением и приточно-вытяжной вентиляцией.

**Травматологическое отделение**. Это хирургическое отделение, приспособленное для лечения больных с травмами. В отличие от отделения общехирургического профиля, в травматологическом необходимо иметь, гипсовую перевязочную, аппаратурную, кабинет лечебной физкультуры и механотерапии. В гипсовой перевязочной обычно производят обезболивание места перелома, вправление вывихов, наложение гипсовых повязок, вытяжение. В отношении асептики гипсовая перевязочная должна отвечать тем же требованиям, что и операционная. В гипсовой перевязочной должна находиться специальная аппаратура для вправления переломов, наложения скелетного вытяжения, гипсовых повязок, передвижной рентгеновской аппаратуры и т.д. Более громоздкое оборудование (щиты, подставки для кроватей, подголовники, приспособления для сложного вытяжения и т.д.) хранятся в аппаратной.

**Операционный блок**. В состав операционного блока входят: операционные, предоперационные, наркозная, стерилизационная и материальная комнаты. В зависимости от объема хирургических отделений может быть несколько операционных. Необходимо предусмотреть наличие гнойной операционной. Уборку гнойной операционной производят так же тщательно, как и чистой операционной. В современных операционных стены облицовывают специальной плиткой, желательно не белой, так как от белого цвета устают глаза хирурга.

**Оборудование**. Аппаратура и мебель операционной должны состоять только из предметов, необходимых для работы: операционного стола, позволяющего придать пациенту любое положение, столов для операционной медицинской сестры, где помещаются инструменты и перевязочный материал, инструментального столика для хирурга, диатермокоагулятора для остановки кровотечения, электроотсоса и анестезиологической аппаратуры. Желательна централизованная подача кислорода.

**Предоперационная комната** предназначена для подготовки операционной медицинской сестры, хирурга и его ассистентов к операции. Подготовка начинается с мытья рук. Для этой цели имеются специальные раковины со смесителями холодной и горячей воды, тазики, где производится обработка рук, песочные часы.

**Стерилизационная комната**. Отводится для установки в ней стерилизаторов, сухожаровых шкафов, автоклавов для стерилизации инструментов и операционного белья.

**Инструментальная комната**. Предназначена для хранения хирургического инструментария и аппаратуры. Хранение производится в специальных стеклянных шкафах.

**Материальная комната операционной** используется для заготовки операционного белья, перевязочного и шовного материала. В ней хранятся запасы спирта, анестетиков и других медикаментов.

**Перевязочные.** Требования к перевязочной предъявляют такие же, как и к операционной (светлая комната, стены которой облицованы плиткой или выкрашены масляной краской). Температура в перевязочной поддерживается не ниже 18°С. Оборудование перевязочной: стол для перевязки больных, стол для инструментов и лекарственных средств, стулья для сидячих больных, контейнер для снятых повязок. Инструменты стерилизуют в перевязочной или в соседней комнате. Должна быть центральная подача холодной и горячей воды. Стол для инструментария и перевязочного материала накрывают так же, как в операционной. Перевязку производят только при помощи инструментов. Необходимо вначале делать чистые перевязки. В конце рабочего дня проводят влажную уборку перевязочной и ультрафиолетовое облучение воздуха.

**Палаты**. В хирургическом отделении должны быть просторные, светлые и хорошо вентилируемые палаты. Температура в палатах должна поддерживаться в пределах 18°-20°С. Мебель должна легко поддаваться обработке. Кровати расставляют с таким расчетом, чтобы к больным можно было подойти со всех сторон. Обязательно выделяют послеоперационные палаты, где больные находятся первые дни после операции. Помимо перечисленных помещений, в хирургическом или травматологическом отделениях следует выделить специальную комнату для производства медицинских процедур — процедурную, где выполняются инъекции, пункции полостей, введение катетеров для длительной подачи лекарственных веществ и т.д. Наиболее тяжелые послеоперационные больные находятся в отделении интенсивной терапии со специальной аппаратурой, необходимой для возможных реанимационных мероприятий.

**Сестринский пост**. Обычно в коридоре недалеко от палат помещают стол дежурной медицинской сестры, оборудованный световой или звуковой сигнализацией. На посту должен быть специальный шкаф для внутриотделенческой аптеки. В этом шкафу хранятся медикаменты для лечения больных. В специальных отделениях шкафа, запирающихся отдельным ключом, хранятся препараты списка А и Б.

# Хирургическое отделение, кабинет поликлиники

В крупных поликлиниках выделяют самостоятельное хирургическое отделение. В его задачу входят первичный осмотр больных, отбор пациентов для стационарного лечения и амбулаторное лечение. В хирургическом отделении поликлиники также проходит долечивание больных, выписанные из стационара.

# Травматологический пункт

При ряде больниц и поликлиник имеется специальная лечебно-профилактическая единица - травматологический пункт, который обслуживает больных травматологического профиля. Он должен располагать кабинетом врача-травматолога, операционной, гипсово-перевязочной и рентгенологическим кабинетом. В травматологическом пункте производят местное обезболивание, репозицию костных отломков, наложение простых гипсовых повязок, вправление вывихов, первичные хирургические обработки ран и т.д. Если пациент нуждается в стационарном лечении, то из травмпункта его направляют в травматологический стационар. Травматологический пункт ведет учет травматологических больных района, а также занимается вопросами реабилитации травматологических больных.

# Амбулаторная хирургия и госпитализация по назначению

В хирургических кабинетах амбулаторий и поликлиник лечатся около 80% хирургических больных, которые не нуждаются в госпитализации. Около 50% больных впервые обращаются за помощью, поэтому одной из основных задач хирурга поликлиники является диагностика заболеваний и определение показаний для госпитализации.

На больных заполняется амбулаторная карта, в которой кратко фиксируются жалобы, анамнез заболевания и объективные данные. По показаниям назначаются лабораторные и специальные методы исследования - рентгенологические, эндоскопические и др.

В первую очередь осматривают больных, нуждающихся в неотложной помощи и срочной госпитализации. Срочно принимают больных с ранениями, острыми заболеваниями брюшной полости и воспалительными заболеваниями, протекающими с высокой температурой. Остальных больных принимают по очередности обращения, устанавливаемой регистратурой и хирургом.

На фельдшерско-акушерских пунктах оказывают неотложную доврачебную помощь, производят реанимационные мероприятия, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию переломов и вывихов и направляют больных, страдающих острыми хирургическими заболеваниями, в хирургические стационары.

В амбулаториях и небольших поликлиниках для амбулаторного лечения больных обычно выделяют хирургический кабинет, состоящий из двух комнат - для приема больных и перевязочной, в которой производят небольшие операции.

В районных больницах хирургический кабинет состоит из приемной комнаты, перевязочной и операционной.

Операционная используется для производства чистых амбулаторных - хирургических, глазных и отоларингологических операций. Гнойные операции и перевязки производятся в перевязочной.

В перевязочной накладывают или снимают шины и гипсовые повязки при переломах костей (при отсутствии травматического кабинета). В операционной должен быть достаточный набор инструментов для производства небольших операций и трахеостомии. В перевязочной размещается небольшой стол для стерильных инструментов и перевязочного материала, стол для больных, стерилизатор, шкаф для хранения медикаментов перевязочного материала и инструментов. Набор инструментов должен включать все необходимое для перевязок и небольших операций (вскрытия флегмон, абсцессов, панарициев и др.)

В хирургическом кабинете производят следующие неотложные операции и манипуляции: реанимационные мероприятия (искусственную вентиляцию легких, интубацию трахеи, трахеостомии, наружный массаж сердца); первичную хирургическую обработку небольших поверхностных ран и остановку кровотечения; новокаиновые блокады, пункции суставов и гематом; электрокоагуляцию; операции при ограниченных, поверхностно расположенных абсцессах, флегмонах, гидрадените; пункцию плевральной полости при напряженном пневмотораксе.

Выполняются следующие плановые операции: удаление небольших атером или липом; пункции и иссечение ганглиев, гигром и слизистых сумок при бурситах; удаление вросшего ногтя; некрэктомии, ампутации и экзартикуляции пальцев; удаление поверхностно расположенных инородных тел; катетеризация и пункция мочевого пузыря при острой задержке мочи. В поликлинике лечатся консервативно больные с хроническими заболеваниями сосудов конечностей (хронический тромбофлебит, облитерирующий атеросклероз и эндартериит нижних конечностей), воспалительными заболеваниями, протекающими без высокой температуры, ушибами и растяжений связок конечностей. Производится долечивание больных после переломов костей конечностей, перенесших различные операции, произведенные в хирургическом отделении.

Таким образом, существует тесная связь и преемственность в лечении хирургических больных между поликлиникой и стационаром. Хирурги проводят профилактические осмотры для выявления предраковых заболеваний и опухолей. В смотровых кабинетах поликлиник производятся профилактические гинекологические осмотры женщин, обращающихся в поликлинику. Это способствует своевременному выявлению и лечению предраковых заболеваний и опухолей. В хирургических кабинетах выдается больничный лист по временной трудоспособности. Больных, получивших тяжелые повреждения, а также при наличии хронических заболеваний направляют на ВТЭК для определения инвалидности. В посыльном листе во ВТЭК приводят данные клинического, лабораторного и инструментального обследования и лечения, обоснование необходимости перевода больного на инвалидность. Срочной госпитализации в хирургические отделения подлежат:

1.Больные, нуждающиеся в реанимации и интенсивной терапии.

2.Больные с повреждениями органов брюшной и грудной полостей.

3.Больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

4.Больные с острой хирургической инфекцией, протекающей с высокой температурой и требующие постоянного наблюдения хирурга.

5.Ранения сосудов и острые нарушения, тромбоэмболии, глубокие тромбофлебиты.

Плановой госпитализации подлежат остальные больные с хирургической патологией. Больных направляют для госпитализации после всестороннего обследования в поликлинике, чтобы сократить сроки лечения в хирургическом стационаре.

**ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Организацию работы медицинского** персонала регламентируют «Типовые правила внутреннего распорядка». Хирургическое отделение имеет распорядок, направленный на создание рациональных условий работы медперсонала и хороших условий для выздоровления больных.

***Старшая медсестра отделения*** подчинена заведующему отделением, руководит работой медсестер и санитарок, организует составление палатными медсестрами требований на лекарственные средства, перевязочные материалы, инструменты и предметы ухода за больными, подписывает их, контролирует правильность учета и хранения медикаментов, наблюдает за санитарным состоянием и хозяйством отделения, за питанием больных, осуществляет мероприятия по повышению квалификации среднего и младшего медперсонала отделения. В сложных случаях она первая приходит на помощь палатной медсестре.

***Медсестра*** обязана выполнять предписания врачей, под руководством которых она работает. Она должна уметь обеспечить перевозку и переноса тяжелобольных и раненых. В обращении с больными медсестра должна обладать большим терпением и тактом, проявляя высокий гуманизм. Медсестра должна соблюдать профессиональную тайну.

Все мероприятия по подготовке операционной к работе - обязанность ***операционной сестры.*** Она имеет следить за младшим медперсоналом и предупреждать хирурга о нарушении асептики со стороны присутствующих на операции. Главная обязанность операционной сестры - обеспечение хирургов необходимыми инструментами и материалами во время операции. Она должна проверять исправность инвентаря. Подавать инструмент хирургу нужно так, чтобы не повредить ему руки. Операционная сестра обязана хорошо знать ход операции. В обязанности операционной сестры входит наблюдение за тем, чтобы во время операции в операционной ране случайно не оставили салфетку, шарик или другой посторонний предмет. Чтобы избежать этого салфетки и инструменты считают до и после операции. В тех случаях, когда у хирурга не хватает помощников, операционная сестра выполняет функцию ассистента.

***Медсестра-анестезистк*а** готовит к работе наркозную и дыхательную аппаратуру, следит за ее исправностью, готовит средства для инфузионной и трансфузионной терапии, средства для наркоза, помогает врачу-анестезиологу, наблюдает за послеоперационными больными в палате интенсивной терапии, ведет медицинскую документацию.

***Палатная медсестр*а** подчиняется заведующему отделением, старшей медсестре и врачу-ординатору. Он должен знать больных в палатах, состояние их здоровья, особенности течения заболевания у них, осуществлять уход за больными, присутствовать при обходе больных ординатором или дежурным врачом, измерять больным температуру тела, по назначению врача определять частоту пульса, дыхания и тому подобное. В случае ухудшения состояния больного медсестра немедленно сообщает об этом врачу и предоставляет больному срочную доврачебную помощь. Медсестра имеет точно выполнять все назначения лечащего врача: при выдаче больным лекарств медсестра следит за тем, чтобы лекарства были приняты в ее присутствии. Медсестра собирает для исследования мочу, кал, мокрота, берет мазок из зева и носа и др., Передает их в лабораторию, следит за получением из лаборатории результатов. Палатная медсестра обеспечивает соблюдение установленного внутреннего распорядка и санитарного режима в палатах, следит за своевременным получением всего необходимого для ухода за больными и их лечения. В ее обязанности входит работа с учетными медицинскими документами.

Пост палатной сестры размещают в коридоре так, чтобы обеспечить хороший обзор палат.

**Пост медицинской сестры хирургического отделения**

Пост медицинской сестры является обязательной частью в структуре хирургического отделения. Организовывают один пост на 20‒30 коек.

В больших отделениях их, как правило, два (чистый и гнойный ‒ соответственно половинам отделения), реже ‒ три (палаты интенсивной терапии).

Сестринский пост должен быть размещен рядом с обслуживаемыми палатами, чтобы они находились в обозрении медицинской сестры.

Рабочее место постовой медицинской сестры оборудуется письменным столом, стульями, шкафами для медицинской документации, медикаментов и инструментария, раковиной для мытья рук, сейфом для хранения сильнодействующих и наркотических веществ.

Также на сестринском посту должен быть холодильник, который необходим для препаратов с особыми требованиями хранения, передвижной столик для раздачи лекарств, медицинские весы.

Пост оборудуется телефоном, сигнальной системой наблюдения за больными.

**Функциональные обязанности постовой медицинской сестры:**

* следить за соблюдением распорядка работы отделения;
* соблюдать противоэпидемический и санитарногигиенический режимы на закрепленном рабочем месте;
* обеспечивать правильное хранение медикаментов и их раздачу пациентам;
* выполнять назначения врача по уходу за больными и предоставлять им необходимую помощь;
* измерять температуру тела, частоту сердечных сокращений и дыхания, артериальное давление и вносить данные в медицинскую документацию;
* следить за физиологическими отправлениями больных;
* проводить забор материалов для исследований и доставлять их в лабораторию;
* контролировать питание больных и кормить их;
* проводить подготовку больных к операциям и различным методам обследования;
* принимать и размещать в палатах больных, поступающих на лечение; проверять качество проведенной в приемном отделении санитарной обработки больных; знакомить пациентов с правилами внутреннего распорядка и личной гигиены;
* вести и хранить медицинскую документацию;
* контролировать работу младшего медперсонала.

**Функциональные обязанности младшей медицинской сестры (могут частично выполняться медсестрой постовой):**

* обеспечивать соблюдение санитарно-гигиенического режима отделения;
* контролировать выполнение режима дня больными и посетителями;
* следить за личной гигиеной больных;
* помогать пациентам в передвижении по палате и отделению, принимать участие в транспортировке тяжелобольных;
* сопровождать больных на различные исследования;
* помогать палатной медицинской сестре при выполнении врачебных назначений по уходу за больными;
* производить регулярную смену нательного и постельного белья больным;
* обеспечивать правильное использование и хранение средств ухода за больными и предметов уборки помещений.

**Основные этапы работы медицинской сестры**

***Прием и передача дежурства***

Передача дежурства чаще всего происходит утром, реже — во второй половине дня (в зависимости от продолжительности смены). Медицинская сестра может покинуть рабочее место только тогда, когда придет ее замена. Медицинская сестра, принимающая смену вместе с сестрой, закончившей дежурство, обходят все палаты, особое внимание уделяя больным в тяжелом состоянии. Сдающая дежурство медицинская сестра должна сообщить об изменениях в состоянии больных и проведенных обследованиях за время ее дежурства, а также передать назначения врача и степень их выполнения.

Сестра, заступающая на дежурство, должна принять инструменты и лекарственные средства; лекарства по списку А и Б и ключи от сейфа, где они хранятся (за прием и передачу наркотических средств расписываются в журнале учета наркотических средств). Утром перед передачей дежурства медицинская сестра заполняет Лист учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. 007-у).

На основе Листа врачебных назначений медицинская сестра выписывает требование на питание больных для пищеблока больницы и столовой отделения. В порционном требовании указываются количество больных, вид диеты для каждого из них.

Заканчивают передачу дежурства на утреннем совещании в присутствии заведующего отделением и старшей медицинской сестры.

***Термометрия***

Термометрия — измерение температуры тела человека.

Нарушение механизмов теплообразования в результате воздействия внешних или внутренних причин, которое может привести к снижению, а чаще – повышению температуры тела, называют лихорадкой. У здорового человека в подмышечной впадине температура колеблется от 36,4 до 36,8°С, в прямой кишке – на 1°С выше.

Измерение температуры тела проводят с помощью медицинских термометров, которые бывают *ртутными, электронными и инфракрасными*. Наиболее распространенными являются ртутные термометры, представляющие собой стеклянный резервуар со шкалой, имеющий на конце расширение, заполненное ртутью. Ртутный резервуар соединен с капилляром. Шкала термометра проградуирована от 34 до 42 °С. Цена одного деления – 0,1 °С. При нагревании ртуть поднимается в капилляр и остается на уровне максимального повышения даже при охлаждении. Хранят ртутные медицинские термометры в закрытой емкости с дезинфицирующим раствором, на дно которого кладут слой ваты.

Наиболее часто измеряют температуру *в подмышечной впадине,* реже – *в ротовой полости* и *прямой кишке*.

Перед проведением исследования термометр встряхивают, для того чтобы ртуть опустилась в резервуар. Проводят осмотр подмышечной впадины и вытирают ее от пота полотенцем. Ртутный резервуар термометра размещают в подмышечной впадине, чтобы он со всех сторон соприкасался с телом. Затем прижимают руку к грудной клетке, помогая при этом ослабленным пациентам. Измерение температуры проводят не менее 10 минут.

Если температура измеряется в прямой кишке, больного укладывают на бок, термометр смазывают вазелином и вводят на глубину 2–3 см в просвет прямой кишки.

При проведении термометрии в полости рта термометр помещают под язык пациента.

В отделении измерение температуры тела проводят два раза в сутки: между 6 и 8 часами и 17–19 часами. Полученные данные записывают в температурный журнал с последующим занесением данных в температурный лист в карте стационарного больного.

По степени повышения различают следующие виды температуры тела:

* субфебрильная – температура в пределах от 37 до 38°С;
* фебрильная – температура в пределах от 38 до 39°С;
* пиретическая – температура в пределах от 39 до 41°С;
* гиперпиретическая – температура выше 41°С.

Повышение температуры выше 37°С при развитии различных патологических состояний называется *лихорадкой*.

В зависимости от суточных колебаний температуры тела и ее изменения на протяжении болезни выделяют несколько видов лихорадки:

1. *постоянная лихорадка* (febris continua) ‒ характеризуется длительным повышением температуры тела с суточными колебаниями не более 1 °С;
2. *послабляющая лихорадка* (febris remittens) — отмечается длительное повышение температуры тела с суточными колебаниями больше 1 °С;
3. *атипичная лихорадка* (febris athypica) — в течение одних суток наблюдаются колебания температуры, не имеющие определенной закономерности;
4. *возвратная лихорадка* (febris reccurens) — характеризуется тем, что длительная гипертермия сменяется коротким периодом нормализации температуры тела, после чего опять наступает ее подъем;
5. *перемежающаяся лихорадка* (febris intermittens) — отмечается высокая температура тела на протяжении 1–2 суток, сменяющаяся нормальной, а затем вновь повышающаяся до 38–40°С;
6. *изнуряющая лихорадка* (febris hectica) ‒ характерна гипертермия до 39–40 °С в течение одних суток (чаще в вечернее время), нормализующаяся утром. Во время повышения температуры наблюдается выраженный озноб, при ее снижении — изнуряющее потоотделение;
7. *извращенная лихорадка* (febris inversa)‒ повышенная температура тела с изменениями суточного ритма и более высокими подъемами по утрам.

***Исследование пульса***

Пульс – толчкообразные колебания стенок артерий, вызванные движением крови, которую выбрасывает сердце при каждом сокращении левого желудочка.

Чаще проводят исследование пульса на лучевой артерии, которая хорошо пальпируется между сухожилием внутренней лучевой мышцы и шиловидным отростком лучевой кости. Исследующий кистью своей руки охватывает область лучезапястного сустава больного так, чтобы большой палец располагался на тыльной стороне предплечья, а остальные пальцы ‒ над артерией. Рука пациента должна находиться в удобном полусогнутом положении, чтобы не было напряжения мышц. Определив пульсирующую артерию, ее прижимают к внутренней поверхности лучевой кости. Подсчет пульсовых ударов проводится минимум 30 секунд.

Исследуют основные характеристики пульса — частоту за одну минуту, его ритм, наполнение, напряжение и величину.

***Измерение артериального давления***

Измерение артериального давления проводят с помощью тонометра и фонендоскопа. Во время исследования больной должен спокойно сидеть или лежать, не разговаривая и не наблюдая за ходом исследования. Руку освобождают от одежды и удобно кладут на кровати или столе ладонью вверх. Под локоть подкладывают валик или подушечку. На плечо, на 2–3 см выше локтевого изгиба, накладывают манжету и фиксируют так, чтобы между ней и кожей проходил палец. Находят лучевую артерию и плотно прижимают к ней мембрану фонендоскопа. Потом «грушей» (при закрытом вентиле) постепенно нагнетают воздух в манжету, пока давление в ней не превысит на 20– 30 мм рт. ст. уровень, при котором перестает определяться пульсация артерии. Затем открывают вентиль баллона, постепенно дозированно выпуская воздух из манжетки. Скорость опускания стрелки на датчике должна быть 2–3 деления за 1 секунду. Фонендоскопом выслушивают тоны на локтевой артерии и одновременно следят за показаниями на шкале манометра. Появление первых пульсовых ударов отвечает величине систолического давления, момент полного исчезновения – величине диастолического давления. В первые сутки послеоперационного периода артериальное давление контролируется каждые 2 часа.

***Раздача больным лекарств для перорального применения***

Раздачу лекарственных препаратов пациентам проводят три раза в сутки перед едой. Для этого используют специальные разделенные на секции лотки, на которых указаны фамилия больного, палата, назначенный препарат. При необходимости раздачи больших количеств лекарств используют передвижные столики. Медицинская сестра перед раздачей лекарств должна удостовериться в их пригодности. Для этого перед раскладкой она проверяет целостность упаковки, название, дозу, срок годности препаратов. Запрещается выдавать больному за один раз всю суточную дозу лекарств. Во время раздачи лекарств медицинская сестра должна объяснить больным, в какое время и как их правильно принимать. Тяжелым больным необходимо помочь в принятии лекарств. Нужно проследить за тем, чтобы лекарства были приняты. Если больной хочет знать название препарата и цель его назначения, то нужно ответить на его вопрос, учитывая правила деонтологии.

Медицинская сестра не имеет права менять назначения, а также давать больному лекарства без назначения врача. Исключение составляют случаи, угрожающие жизни пациента, когда необходимо оказывать экстренную помощь.

После приема лекарств медицинская сестра обязана наблюдать за больным, и если возникнет аллергическая реакция или признаки непереносимости препарата – сообщить об этом врачу.

При парентеральном введении лекарственных веществ сестра руководствуется правилами их введения**.**

Кроме вышеизложенного, в обязанности постовой медицинской сестры входят катетеризация мочевого пузыря, постановка различных видов клизм, подготовка операционного поля, установка газоотводной трубки, постановка желудочного зонда как с целью промывания желудка, так и с целью кормления больного и др.

***Подготовка больных к лучевым методам диагностики***

*Подготовка к УЗИ органов брюшной полости*

За три дня до исследования больному разрешается принимать только легкую пищу. Из питания исключаются овощи с большим содержанием клетчатки, бобовые, кондитерские, мучные изделия. Назначаются препараты, снижающие метеоризм (Эспумизан). В день обследования до его начала запрещается прием пищи.

*Подготовка к компьютерной томографии органов брюшной полости*

Две ампулы 76% урографина растворяют в 1,5 литра кипяченой воды и небольшими порциями выпивают вечером накануне исследования 0,5 литра приготовленного раствора. Утром в день исследования натощак выпивают еще 0,5 литра раствора. За 30 и 15 минут до исследования больной выпивает оставшиеся 0,5 литра раствора.

*Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки*

Больному запрещают принимать пищу позднее 20 часов накануне вечером перед исследованием. В случаях наличия метеоризма и упорных запоров накануне вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования проводят очистительную клизму. Утром запрещено принимать пищу и лекарственные средства.

*Подготовка к рентгенологическому исследованию толстой кишки (ирригоскопия, ирригография)*

Из рациона исключают продукты, способствующие газообразованию (сладкое, молоко, черный хлеб, овощи, фрукты). Запрещен прием пищи в обед и на ужин в день накануне исследования, а также завтрак – в день исследования. Прием жидкости ограничивают до одного литра со второй половины дня.

*Способ 1.* Подготовка с помощью очистительных клизм. Вечером накануне исследования проводят две очистительные клизмы с интервалом в один час. Утром в день исследования очистительную клизму повторяют (не более чем за два часа до исследования).

*Способ 2.* Использование препарата Фортранс. Четыре пакета препарата Фортранс растворяют по отдельности в литре воды (всего 4 литра). Начинают пить готовый раствор за день до проведения исследования с 15 до 19 часов со скоростью один литр в час. Прием пищи запрещен. Можно в небольшом количестве пить воду и осветленные соки. Очищение кишечника происходит естественным путем.

*Способ 3.* Подготовка с помощью препарата Дюфалак. Накануне дня исследования, в 15 часов, разводят 100 мл препарата в 1,5 литра воды и выпивают в течение 3–4 часов. Повторяют все еще раз в 19 часов.

***Подготовка больных к эндоскопическим методам диагностики***

*Подготовка к бронхоскопии*

Исследование выполняется натощак с целью предупреждения возможного заброса пищи или жидкости в дыхательные пути при рвотных движениях или кашле. Последний прием пищи должен быть не позже 21 часа накануне исследования.

*Подготовка к эзофагогастродуоденоскопии*

Исследование проводится натощак. Последний прием пищи должен быть накануне не позже 18 часов. В день обследования запрещаются питье, прием лекарственных препаратов.

*Подготовка к колоноскопии*

Для осмотра слизистой толстой кишки необходимо, чтобы ее просвет был свободен от каловых масс. Подготовку к исследованию осуществляют аналогично подготовке к рентгенологическому исследованию толстой кишки.

***Сбор мочи на общий анализ***

Для проведения общего анализа мочи необходимо собрать у больного 150–200 мл средней порции мочи утром во время мочеиспускания (эта моча наиболее концентрированная). Мочу собирают в чистую банку и доставляют в лабораторию.

***Сбор кала для исследования***

Кал собирают ложечкой или одноразовым шпателем в объеме 5–10 граммов с 3 мест в одноразовый контейнер с закрывающейся крышкой. Во время сбора необходимо избегать попадания примесей мочи, отделяемого половых органов. Материал доставляют в лабораторию в день забора.

***Взятие мокроты для исследования на общий анализ***

Накануне вечером перед исследованием больного предупреждают, чтобы утром с 00 до 00, не принимая пищи, воды, лекарств, не чистя зубы (щетка может травмировать слизистую, и в мокроте могут определяться прожилки крови), он прополоскал рот кипяченой водой, а затем хорошо прокашлялся, отхаркнул мокроту и сплюнул ее в банку или специальный контейнер, который затем закрывают крышкой и отправляют в лабораторию до начала ее работы.

***Транспортировка больных по отделению, в диагностические и лечебные кабинеты***

Вопрос о способе транспортировки больного решает врач. Выбор правильного способа транспортировки имеет большое значение. При определенных заболеваниях даже минимальная активность может значительно ухудшить состояние больного.

Больные в удовлетворительном состоянии могут передвигаться самостоятельно или в сопровождении медперсонала (медицинской сестры или младшей медицинской сестры)*.*

Пациентов преклонного и старческого возраста, ослабленных больных, инвалидов перевозят в специальных креслах-каталках. Тяжелобольные транспортируются на каталках.

# *РАБОТА МЕДСЕСТРЫ В ПАЛАТАХ, НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ СЕСТРИНСКОМ ПОСТУ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ*

Послеоперационный период — это время, которое проводит хирургический больной в больнице (госпитале) после окончания операции до выписки. Самый ответственный его этап.— от момента окончания операции до восстановления сознания и стабилизации всех функций организма. В этом периоде производят наиболее активное лечение больного. В крупных операционных блоках тяжелых больных после операции помещают в послеоперационные палаты, которые называют палатами интенсивной терапии. В небольших операционно-перевязочных блоках таких палат нет, но в хирургическом отделении выделяется подобная палата. После операции больные находятся в ней до тех пор, пока им необходимы помощь анестезиолога и специальные лечебные мероприятия (искусственная вентиляция легких, переливание крови и ее препаратов и т. д.). Иногда для тяжелых послеоперационных больных (длительное бессознательное состояние, операции на сердце и т. д.) выставляется отдельный (индивидуальный) медицинский пост. Эти палаты оборудуются функциональными кроватями, которые ставятся так, чтобы к больному был доступ со всех сторон. Палаты обеспечиваются медикаментами для оказания неотложной помощи, стерильными шприцами разного объема, стерильными наборами для венесекции, переливания крови, трахеотомии, кровезамещающими и противошоковыми жидкостями, аппаратами для управляемого дыхания, кислородом, предметами ухода за больными.

Работа медицинской сестры в этих палатах требует знаний, постоянного внимания, высокой бдительности, пунктуального выполнения назначений врача. До выведения из наркоза наблюдение за больным ведет чаще всего сестра-анестезистка, реже врач-анестезиолог, после выведения — медицинская сестра. Задачи медсестры — облегчить течение послеоперационного периода путем строгого выполнения назначений врача (введение обезболивающих, сердечно-сосудистых и других препаратов), предупредить возникновение осложнений, своевременно распознать осложнения и ликвидировать их.

Медицинская сестра должна знать заболевание, по поводу которого оперировался больной, характер оперативного вмешательства, опасность данной операции. Только тогда она сумеет вовремя заметить и предотвратить осложнения.

*Уход за послеоперационными больными включает:*

1) подготовку палаты и постели для больного. До привоза больного из операционной палата должна быть убрана с применением антисептиков, проветрена, кровать расстелена и согрета. На прикроватном столике должны быть почкообразный тазик на случай рвоты больного, полотенце, поильник с водой для полоскания полости рта;

2) доставку оперированного из операционной в палату;

3) укладывание больного в кровать. Медицинская сестра должна знать, в каком положении надо уложить больного после проведенной операции. Послеоперационных больных укладывают в кровать:

а) в положении на спине. Обычно на спину больного укладывают на 2 ч. Дальнейшее изменение положения производится с разрешения врача. На рубец операционной раны кладут мешочек с песком для предупреждения образования гематомы в области раны;

б) в положении на боку. Оно допускается после стабилизации органов и систем больного;

в) в полусидячем положении. Часто применяется после операций на органах брюшной и грудной полостей;

г) в положении на животе. Используется при операциях на позвоночнике, ягодицах;

д) в положении с приподнятым ножным концом кровати. Применяется при кровопотере, шоке;

е) в положении с приподнятым головным концом кровати. Используется при вставлении дренажной трубки в брюшную полость;

ж) в возвышенном положении конечности по отношению к туловищу. Придается после операции на конечности.

Положение больного в кровати необходимо с разрешения врача чаще менять;

4) наблюдение за повязкой;

5) наблюдение за внешним видом больного, температурой, пульсом, дыханием, стулом, мочеиспусканием и т. д.;

6) уход за кожей, ушами, глазами и т. д.;

7) наблюдение за нервной системой. Иногда у послеоперационных больных развивается психоз. При появлении возбуждения, спутанного сознания (больной беспрестанно говорит, пытается сорвать повязку, бежать и т. д.) необходимо установить постоянный контроль;

8) соблюдение диеты;

9) контроль за температурой и чистотой в палатах. В палатах должна быть температура 20°С. Моют палаты с антисептиками (3% раствор лизола, раствор хлорамина). Уборка проводится:

а) плановая с проветриванием палат, обычно 2 раза в день с применением антисептиков;

б) текущая, после перевязок в палате, смены нательного и постельного белья, дренажей в ране и т. д., обычно в пределах кровати больного;

в) генеральная с обработкой потолка, стен, кроватей, мебели и пола дезинфицирующим раствором.

Такой уход за послеоперационными больными улучшает лечение и способствует скорейшему выздоровлению больных.

Для перевода послеоперационных больных в палаты общего типа необходимы полная компенсация кровообращения и дыхания, отсутствие осложнений операции и восстановление питания через рот.

В палатах общего типа медицинская сестра обслуживает 20—25 больных. Рабочее место медицинской сестры — медицинский пост обычно размещается в коридоре в центре палат. Медицинский пост оснащается шкафом для медикаментов и инструментария, столом с запирающимися ящиками для хранения историй болезней, листов назначений врача, тетради для выписки медикаментов и другой документации. На столе должны быть телефон, настольная лампа. Над столом, а иногда и на столе, оборудуется щит (ящик) сигнализации. Рядом со столом находится столик со стерилизатором для кипячения шприцов, сейф для хранения сильнодействующих (группы А) и ядовитых (группы Б) средств. Если сейфа нет, то в шкафу для медикаментов встраивается шкафчик для лекарств групп А и Б, который запирается на замок. Рядом с медицинским постом должны быть умывальник для мытья рук, промывания шприцов, игл, а также урна для использованного материала. Рабочее место медицинской сестры должно всегда содержаться в чистоте.

**Какими минимальными знаниями должна обладать медсестра хирургического отделения**

Она должна знать законодательные акты, касающиеся не только должностных обязанностей и хирургической помощи, но и неотложной медицинской помощи. Ей потребуются знания в области нормальной и патологической анатомии, физиологии.

Поскольку медсестра ведет учет лекарств, часть из которых является сильнодействующими, она должна знать о правилах их применения и хранения. Требуются также знания в области фармакологии. Медицинской сестре приходится предоставлять неотложную помощь, поэтому она выбирает необходимый препарат и определяет его дозу.

Медсестре, которая работает в области хирургии, нужно обладать такими ***навыками***, как:

* забор венозной, артериальной и капиллярной крови;
* взятие мазков и других анализов;
* введение инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных);
* кормление через зонд;
* установка капельниц;
* промывание желудка;
* установка клизм;
* катетеризация мочевого пузыря;
* асептическая обработка ран, хирургических швов;
* перевязки;
* экстренная помощь (непрямой массаж сердца, подключение к аппарату ИВЛ);
* простейшие физиотерапевтические процедуры.

Ей потребуется знание основ диагностических и лечебных манипуляций, профилактики внутрибольничных инфекций. От уровня подготовки медсестры зависит качество предоставления помощи пациентам. Для усовершенствования своих знаний стоит посещать научные конференции, участвовать в семинарах и вебинарах, а также проходить курсы повышения квалификации.

**Требования к квалификации медсестры хирургического отделения**

Согласно должностной инструкции, медсестре потребуется среднее медицинское образование по специальности «сестринское дело».

Для работы в хирургическом отделении дополнительно нужно пройти курсы по проведению диагностических и лечебных манипуляций. Чтобы приобрести практические навыки, можно стажироваться на базе учебного заведения.

**Права медицинской сестры хирургического отделения**

Чтобы качественно выполнять свои обязанности, хирургической сестре нужно иметь достоверную и полную информацию о состоянии каждого пациента, который находится под ее наблюдением.

В отсутствие лечащего врача она имеет право оказывать неотложную помощь больным, отдавать распоряжения младшему персоналу, а также информировать старшую медсестру или заведующего отделением о нарушении правил трудовых обязанностей сотрудников.

Медицинская сестра должна учиться, развиваться, проходить повышение квалификации и переаттестацию. Она имеет право на ежегодное обучение в рамках программы НМФО (непрерывного фармацевтического и медицинского образования).

**Ответственность медсестры хирургического отделения**

От качественного выполнения обязанностей зависит жизнь и здоровье пациентов, которые после операции требуют тщательного наблюдения, контроля жизненно важных показателей. В связи с этим хирургическая медсестра не должна отклоняться от графика проведения лечебных процедур.

Помимо жизни больного и выполнения врачебных назначений, она несет ответственность за следующее:

* соблюдение санитарно-эпидемического режима в хирургическом отделении;
* правильную утилизацию медицинских отходов;
* материально-техническое оснащение;
* правильное хранение лекарств и изделий медицинского назначения;
* соблюдение правил пожарной безопасности;
* выполнение младшим персоналом должностной инструкции;
* правильное ведение учетной и медицинской документации.

Во время дежурства ответственность за работу отделения частично ложится на медсестру.

У хирургических сестер достаточно много работы. Пациенты нередко находятся в тяжелом состоянии, большая часть из них «лежачие», поэтому за ними нужен уход и наблюдение. В обязанности медсестры хирургического отделения входит регулярный контроль самочувствия и выполнения назначений врача. Она должна обладать такими качествами, как ответственность и внимательность.