

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей хирургии имени профессора М.И.Гульмана

Учебная практика - ознакомительная практика (уход за больными хирургического профиля)

**Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по
специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения)**

Красноярск

2023

Учебная практика - ознакомительная практика (уход за больными хирургического профиля) : сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. Ю.С. Винник, Е.В. Дябкин, Л.В. Кочетова. - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022.

Составители:

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

к.м.н. Е.В. Дябкин

к.м.н., доцент Л.В. Кочетова

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2020 по специальности 31.05.01 Лечебное дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 8.3.12-21. Выпуск 5.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 12 от 27 июня 2023 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2023

1. Тема № 1. Общие вопросы ухода за хирургическими больными. История развития.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Асептика и антисептика, деонтология являются базовыми в работе персонала в хирургическом отделении. При этом структура и функции подразделений хирургического отделения послужат основными отправными точками в работе всего персонала.

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь , владеть** навыками проведения влажной уборки палат, перевязочного и процедурного кабинета, операционного блока, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Принцип соблюдения правил асептики и антисептики лежит в основе организации хирургического стационара. Это необходимо для профилактики раневой инфекции, создания максимальных условий для выполнения операций, обследования и послеоперационного ухода за больными. Основными структурными подразделениями хирургического стационара являются приемное отделение, лечебно-диагностические отделения и операционный блок.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ

Под уходом за больными в повседневной жизни понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относится еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Кроме того, уход подразумевает создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома – тишины, удобной и чистой постели, свежего нательного и постельного белья и т. д. В стационаре в таком объеме уход осуществляют, как правило, младший медицинский персонал, а дома – родственники больного.

Итак, под уходом следует понимать: создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома; устройство удобной постели и содержание ее в чистоте; гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отправлениях организма; выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного; поддержание в больном бодрого настроения.

Уход за больным- это и круглосуточное наблюдение за ним. Обо всех замеченных изменениях средний медицинский персонал сообщает врачу, что помогает ему составить правильное представление о состоянии больного и правильно вести лечение. Своевременное распознавание болезни, хороший уход и назначение правильного лечения обеспечивают больному выздоровление.

Чтобы осуществлять эффективный уход за больными и быть достойными помощниками врачей, средние медицинские работники должны владеть медицинскими знаниями.

Решающая роль в обеспечении правильного ухода за больными отводится среднему и младшему медицинскому персоналу. Функции медицинских сестер в зависимости от типа лечебно-профилактических учреждений (стационар, поликлиника, диспансер), профиля работы отделения (терапевтическое, хирургическое, офтальмологическое), той или иной должности (палатная, процедурная медицинская сестра, медицинская сестра приемного отделения, старшая медицинская сестра) существенно различаются. Вместе с тем можно выделить общие обязанности, которые медицинские сестры должны выполнять при осуществлении ухода за больными. Эти обязанности весьма многообразны.

Медицинские сестры выполняют широкий круг врачебных назначений (инъекции, постановка банок, горчичников, клизм, раздача лекарств и т. д.), диагностических манипуляций (измерение температуры тела, желудочное и дуоденальное зондирование и др.). В необходимых случаях медицинские сестры должны уметь подсчитать частоту дыхания и пульса, измерить артериальное давление, суточный диурез, правильно собрать выделения больного (мокроту, мочу, кал) для анализов и направить их в лабораторию. В неотложных ситуациях медицинские сестры обязаны уметь оказать первую доврачебную помощь (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, наложение кровоостанавливающего жгута, а также первую помощь при отравлениях, травмах, ожогах, отморожениях и т. д.).

Медицинские сестры обеспечивают транспортировку больных, принимают вновь поступивших пациентов, знакомят их с особенностями работы отделения, организуют выписку больных.

Медицинские сестры осуществляют контроль санитарного состояния отделений, и соблюдения больными правил внутреннего распорядка, проверяют регулярность и полноту влажной уборки, следят за выполнением больными правил личной гигиены, качеством санитарной обработки, в необходимых случаях обеспечивают уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта, смену постельного и нательного белья.

Медицинские сестры отвечают за правильное и своевременное питание больных, организуют кормление пациентов, находящихся на строгом постельном режиме, следят за хранением продуктов питания в холодильниках и прикроватных тумбочках, проверяют содержание и качество передач.

Медицинские сестры ведут необходимую медицинскую документацию, заполняют температурные листы и листы назначений, журнал приема и сдачи дежурств, выписывают требования на медикаменты, составляют порционники и т. д.

На младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы) непосредственно ложится ответственность за поддержание чистоты в палатах, коридорах, местах общего пользования и других помещениях, в них проводят регулярную влажную уборку.

Санитарки оказывают медсестрам помощь в кормлении тяжелобольных, смене у них нательного и постельного белья, подаче, уборке и мытье суден и мочеприемников, проведении санитарной обработки, сопровождают больных на различные исследования, обеспечивают доставку анализов в лабораторию. Для транспортировки больных по возможности используют труд санитаров-мужчин. В связи с острой нехваткой младшего медицинского персонала в лечебных учреждениях, их функции нередко приходится выполнять медицинским сестрам.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Любая специальность характеризуется наличием определенных этических норм и правил поведения. Медицинская деонтология (от греч. *deon, deontos* – долг, должное; *logos* – учение) представляет собой науку о профессиональном долге медицинских работников. К медицинской деонтологии примыкает и медицинская этика, изучающая морально-нравственные аспекты медицины.

Круг проблем, которыми занимается медицинская деонтология, многообразен. Медицинская деонтология включает в себя различные вопросы, касающиеся взаимоотношений между врачом и больным, врачом и родственниками больного, медицинских работников между собой. Многие области медицины (хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, онкология, психиатрия и др.) имеют, кроме того, свои собственные деонтологические аспекты.

Деонтологические проблемы возникают в результате все более широкого внедрения результатов научно-технического прогресса в медицину. Даже обучение студентов в медицинском институте сопряжено с необходимостью соблюдения целого ряда деонтологических принципов. С различными аспектами медицинской деонтологии студенты знакомятся на старших курсах в период обучения на клинических кафедрах, кафедрах медицинской психологии, судебной медицины. Есть и некоторые грани деонтологии, тесно связанные с организацией правильного ухода за больными.

В повседневной работе и при осуществлении ухода за больными такие человеческие качества, как чуткость, отзывчивость, доброта, сердечность, забота, внимание требуются от всех медицинских работников, будь это медсестра, санитарка или студент, проходящий медицинскую практику в больнице. Медицинский персонал нередко имеет дело с очень тяжелыми больными с выраженными нарушениями двигательных функций, недержанием мочи и кала, которым приходится по несколько раз в день менять белье и проводить санитарно-гигиеническую обработку, которых приходится кормить с ложки. Такие пациенты бывают в тягость окружающим, а нередко – и самим себе. Уход за такими больными требует огромного терпения, такта и сострадания.

Представленные деонтологические аспекты ухода за больными приобретают в настоящее время очень большое значение. К сожалению, нередкими в работе медицинского персонала по уходу за больными стали такие проявления, как черствость, грубость, раздражительность, равнодушие, корыстные побуждения. Отчасти это объясняется падением престижа работы медицинской сестры и санитарки, систематической нехваткой среднего и младшего медицинского персонала, приходом в медицину случайных людей. Отсюда и своеобразный парадокс: уровень диагностики и возможности лечения заболеваний значительно возросли, а качество ухода за больными снизилось. Очень важно улучшить уход за престарелыми людьми, тяжелобольными, инвалидами, а делать это надо через повышение престижа профессии медицинской сестры и санитарки.

Высокие моральные качества медицинских работников, осуществляющих уход за больными, должны обязательно подкрепляться их образованностью, высоким профессионализмом, глубоким знанием дела.

Необходимо подчеркнуть, что с деонтологических позиций совершенно недопустимо учиться выполнению ряда манипуляций (инъекций, клизм и других) сразу на больных. Эти практические навыки следует сначала многократно отработать на соответствующих муляжах и только затем применять в клинических условиях. В противном случае выполнение тех или иных манипуляций без предварительной основательной подготовки может повлечь за собой осложнения и даже ухудшение состояния больного.

Деонтологические принципы обуславливают и определенные требования к внешнему виду медицинских работников, осуществляющих уход за больными. На работе необходимо пользоваться сменной обувью. Халат должен быть безукоризненно чистым и выглаженным. Волосы рекомендуется аккуратно заправлять под шапочку или косынку. Ногти должны быть подстрижены очень коротко. Несвежий, мятый халат, уличная обувь, грязные руки и плохо подстриженные ногти недопустимы с точки зрения санитарии и гигиены и, кроме того, производят на больных удручающее впечатление.

Весьма осторожно и умеренно необходимо пользоваться косметическими и парфюмерными средствами, так как у больных с непереносимостью различных веществ (аллергией) они могут вызвать ухудшение состояния – провоцировать приступ бронхиальной астмы, крапивницу.

Уход за больными предполагает и определенные правила общения с пациентами. Надо иметь в виду, что больные люди нередко становятся возбудимыми, раздражительными, вспыльчивыми, капризными, а иногда, напротив, подавленными и безучастными. При уходе за такими пациентами важно проявить максимум внимания, успокоить их, разъяснить необходимость соблюдения режима, регулярного приема лекарственных препаратов, убедить в возможности выздоровления и улучшения состояния.

Большую осторожность нужно соблюдать при разговоре с больными, страдающими онкологическими заболеваниями, особенно в случаях неблагоприятного прогноза.

Из этих же соображений, результаты обследования пациентов не следует сообщать по телефону.

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них, так называемых, ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными болезнями (или ятрогениями) понимают заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных пациентов, т. е. относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания. Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, и при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней. Предупреждению ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательные разъяснительные (психотерапевтические) беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам ухода за больными можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Медицинским работникам подчас могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать. Данное требование ни в коей мере не относится к тем ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.). В таких случаях медицинские работники, напротив, обязаны незамедлительно сообщить полученные сведения в соответствующие органы.

В процессе ухода за больными в деятельности медицинских работников могут встречаться и различные ошибки, которые возникают в результате добросовестного заблуждения и являются чаще всего следствием недостаточного опыта медицинских работников или же бывают обусловлены нетипичным течением заболевания.

Ошибки в медицинской практике необходимо отличать от медицинских правонарушений, которые связаны не с добросовестным заблуждением медицинских работников, а с ненадлежащим (чаще всего халатным) выполнением ими своих непосредственных обязанностей. При осуществлении ухода за больными таким правонарушением может являться неправильное введение лекарственных препаратов, которое приводит порой, особенно если введено сильнодействующее вещество, к трагическим последствиям. Возникновению подобных ситуаций способствуют небрежность, торопливость, посторонние разговоры в процессе работы.

Серьезную ответственность несут медицинские работники за нарушение хранения и учета сильнодействующих, ядовитых и наркотических средств. К медицинским правонарушениям, возникающим при уходе за больными в некоторых случаях, относятся также: неоказание больному помощи без уважительных причин (лицом, обязанным ее оказывать по закону), получение взятки.

В группу медицинских правонарушений включено также получение незаконного вознаграждения за выполнение работы в сфере медицинского обслуживания.

В зависимости от тяжести совершенных правонарушений, медицинские работники могут подвергаться административным взысканиям, или же привлекаются к уголовной ответственности в соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, осуществление ухода за больными, кроме оказания помощи и выполнения тех или иных манипуляций, предполагает правовую регуляцию деятельности медицинских работников, четкую регламентацию их должностных обязанностей, определенные этические нормы и правила поведения.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Медицинская профессия, кроме специальных знаний, требует и определенных личных качеств. Эти качества можно разделить на две группы: внешние, которые выражены в общей санитарно-гигиенической культуре медицинского работника, и внутренние, находящие отражение в поведении медицинского работника.

Медицинский работник любого ранга должен соблюдать правила личной гигиены, сохранять свое здоровье. Это необходимо как для него самого, так и для обслуживаемых им больных. Медицинский работник должен быть примером высокой санитарной культуры. Никакая агитация не дает такого результата, как личный пример. Если медицинский работник сам не бережет свое здоровье, то как же он может научить беречь здоровье больного?

О значении внешнего вида медицинского работника говорил еще Гиппократ – великий древнегреческий врач (460–377 лет до н. э.). «Врачу сообщает авторитет, – говорил Гиппократ, – если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других. Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями (имеющими запах не подозрительный), ибо все это обыкновенно приятно для больных».

Соблюдение режима дня – основное правило личной гигиены. Вставать утром и ложиться спать, завтракать, обедать и ужинать нужно всегда в одно и то же время. Следует правильно распределять часы труда и отдыха, чередуя умственный труд с физическим.

Важным элементом личной гигиены является режим питания. Прием пищи в одни и те же часы, рациональный подбор блюд, соблюдение режима питания в количественном и качественном отношении имеют чрезвычайно большое значение для здоровья.

Медицинский работник не должен иметь дурных привычек, а если он приобрел их, то должен стараться от них избавиться. К дурным привычкам, не совместимым с медицинской профессией, относятся курение, злоупотребление алкоголем и т. п.

Для сохранения здоровья и предупреждения болезней необходимо заниматься физкультурой и закалять свой организм. Занятия утренней гимнастикой с последующими водными процедурами должны войти в привычку.

Медицинский работник должен тщательно следить за чистотой своего тела. Лицо и шею нужно мыть 2 раза в сутки. Следует также 1–2 раза в сутки обмывать теплой водой область промежности. Мыть ноги нужно ежедневно, особенно тем, у кого они потеют. Рекомендуется мыться утром холодной водой до пояса (после физкультурной зарядки) или принимать холодный душ, а на ночь умыться, подмыться и мыть ноги теплой водой.

Особого внимания требует уход за руками. Медицинский работник моет руки не только перед едой и после посещения туалета, но и перед каждой медицинской манипуляцией и после нее. Медицинские работники, особенно те из них, которые имеют отношение к хирургии (операционные сестры, акушерки и т. д.), должны оберегать руки от загрязнения. Выполнять грязные виды домашней работы (мыть пол, убирать санузел в квартире, чистить овощи и т. д.) следует в перчатках. Ногти нужно коротко стричь и подпиливать. Кожный край ногтевого ложа обрезать не следует, так как это является частой причиной образования заусениц, а затем и гнойников. Окрашивать ногти лаком не рекомендуется. Мыть руки нужно со щеткой. Это необходимо, с одной стороны, для того, чтобы очистить от грязи околоногтевые и подногтевые пространства, а с другой, чтобы кожа в этих областях стала несколько грубее.

Частое мытье рук ведет к сухости кожи, поэтому ее нужно постоянно питать, смазывая ежедневно на ночь и после работы каким-нибудь кремом, можно смесь глицерина с нашатырем (1/4 нашатырного спирта и 3/4 глицерина) и втирать эту смесь в кожу после мытья рук.

Необходимо тщательно ухаживать за волосами. Мыть волосы рекомендуется не чаще 1 раза в 10–14 дней. Горячая вода применяется для мытья жирных волос, при сухих волосах нужно употреблять теплую воду.

Волосы всегда должны быть аккуратно причесаны, следует избегать чрезмерно пышных причесок, при которых волосы во время работы могут выбиваться из-под шапочки или косынки.

Уход за полостью рта также имеет большое значение, так как небрежное отношение приводит к разрушению зубов и появлению неприятного запаха изо рта. Следует 2 раза в сутки (на ночь и утром) чистить зубы и после каждого

приема пищи полоскать рот. Надо периодически показываться зубному врачу для того, чтобы в случае необходимости провести своевременное лечение. Нельзя считать культурным человека, который пренебрегает требованиями гигиены, небрежно относится к состоянию полости рта, превращая ее в источник болезней. Неприятный запах изо рта может быть обусловлен и другими причинами, которые следует выяснить, чтобы избавиться от этого недостатка, затрудняющего общение с людьми. Идя на работу, не следует употреблять в пищу сильно пахнущие вещества (чеснок, лук и др.).

Медицинский работник обязан также соблюдать гигиену одежды. Одежда должна соответствовать времени года и климатическим условиям, а покров ее должен быть таким, чтобы не затруднять кровообращение отдельных частей тела и работу органов.

При выборе ткани для рабочего платья следует учитывать характер выполняемой работы. В большинстве инфекционных больниц, в родильных домах, в ряду хирургических отделений у сотрудников имеются индивидуальные шкафы, предназначенные для хранения не только спецодежды, но и рабочего платья и рабочей обуви. В таких случаях для ношения вне рабочего времени можно приобрести платье из любой ткани, а для работы иметь простое хлопчатобумажное легко стирающееся платье.

Для работы удобнее всего юбка с блузкой.

Верхнюю одежду и шерстяное платье необходимо чаще чистить щеткой, или обрабатывать пылесосом, а загрязненные места следует чистить бензином.

Нижнее белье требует смены не реже 1 раза в неделю. Для сна нужно иметь ночную рубашку и ни в коем случае не ложиться в постель в том белье, которое было на теле весь день.

Обувь следует выбирать удобную, не стесняющую ногу, на небольшом каблучке. От обуви на микропористой или каучуковой подошве лучше отказаться, так как на такой обуви уличная грязь вносится в лечебное учреждение или в квартиру больного.

Спецодежда медицинского работника состоит из халата, головного убора и обуви. В хирургических отделениях, родильных домах, инфекционных и некоторых других отделениях к спецодежде относят также платье.

Форма головного убора для врача – колпачок, для медицинской сестры – косынка или колпачок, для санитарки – косынка. Ткань, из которой сделан головной убор, должна быть белого цвета, льняная или хлопчатобумажная, легко стирающаяся. Любой головной убор должен полностью покрывать волосы. Халат шьют из белой хлопчатобумажной или льняной ткани, которая не разрушается от частой стирки, кипячения и обработки дезинфицирующими средствами. Халат должен прикрывать платье полностью. Для всех медицинских работников принят в основном халат с застежкой сзади, в некоторых отделениях допустим двубортный халат. Халат и головной убор должны быть не просто чистыми, а белоснежными.

Медицинский персонал, работающий в стационаре, обязан носить тапочки. Это диктуется удобством для самого работника и интересами больных, так как при ходьбе в тапочках нет шума. Тапочки следует носить кожаные или на резиновой подошве, но не войлочные и не меховые, так как они хорошо впитывают в грязь и трудно поддаются санитарной обработке.

Медицинская этика требует от медицинского работника не только соблюдения правил личной гигиены, но и приличия. Одежда должна быть не только чистой, но и удобной для выполнения работы. Она не должна раздражать больных чрезмерной яркостью или вычурным покроем. Духи или одеколон нужно употреблять в умеренном количестве, и только те из них, которые обладают не резким запахом. Скромность и умеренность в употреблении косметики и ношении различных украшений диктуются самим характером деятельности медицинского работника.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИНЦИПОМ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ И РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) недоверие;
- 2) подозрительность;
- 3) полная информация;
- 4) скрытность;
- 5) не имеет значения;

2. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ - ЭТО:

- 1) самостоятельная наука о долге медицинских работников;
- 2) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики;
- 3) самостоятельная наука о нравственных, этических и правовых взаимоотношениях между медицинскими

- работниками, больными и их родственниками;
- 4) наука о взаимоотношениях медицинских работников между собой;
- 5) наука о правилах хорошего тона;
3. ОСНОВОЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) доверие;
- 2) подозрительность;
- 3) отсутствие информации;
- 4) скрытность;
- 5) безразличие;
4. ОБЯЗАННОСТЬ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА:
- 1) проведение санитарно-гигиенической обработки помещений;
- 2) измерение артериального давления;
- 3) осуществление перевязок;
- 4) подсчет ЧСС;
- 5) забор анализа крови;
5. ОСНОВОЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВНУТРИ КОЛЛЕКТИВА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) подозрительность;
- 2) информация в разумных пределах;
- 3) уважение;
- 4) высокомерие;
- 5) зависть;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной Н., 19 лет, болен 3 дня. Жалобы на постоянные боли внизу живота больше справа. Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°C. Многократная рвота. Черты лица заострены, кожные покровы бледные, слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 уд. в мин. При пальпации живот вздут, не участвует в акте дыхания. Отмечается разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке

Вопрос 1: Как расценить данное состояние;

Вопрос 2: Какой вид болей описан;

Вопрос 3: Нужно ли оперативное вмешательство;

Вопрос 4: Тактика по дальнейшему ведению больного;

Вопрос 5: Какая документация оформляется на данного больного в приёмном;

- 1) Больной находится в крайне тяжелом состоянии;
- 2) Возможно у больного острый аппендицит или перитонит (воспаление брюшной полости). Угрожающие и перинатальные боли;
- 3) Да;
- 4) Срочно вызвать врача, необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение. Возможно наложение пузыря со льдом;
- 5) Журнал учёта больных, алфавитный журнал, оформляется титульный лист истории болезни;
2. Младшая медсестра во время уборки палаты случайно укололась использованной инъекционной иглой
- Вопрос 1:** Объясните, что ей необходимо предпринять в данной ситуации;
- Вопрос 2:** Опишите последовательность её дальнейших действий;
- Вопрос 3:** Каким антисептиком можно обработать руки;
- Вопрос 4:** Дайте определение понятиям асептика и антисептика;
- Вопрос 5:** Перечислите биологические жидкости, в которых содержится вирус СПИДа;
- 1) Младшая медсестра должна воспользоваться средствами из аварийной аптечки, находящейся в хирургическом отделении;
- 2) Она должна: • Быстро снять перчатки • Выдавить кровь из места укола, если её нет, или не останавливать кровотечение в течение 1-2 мин • Вымыть руки под проточной водой с мылом • Обработать руки кожным антисептиком • Место укола обработать 5% раствором йода, после высыхания обработать второй раз • Закрыть место укола асептической повязкой • Надеть новые перчатки;
- 3) 70% этиловым спиртом;
- 4) Асептика – совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции. Антисептика – способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного;
- 5) К видам жидкостей, в которых ВИЧ содержится в высоких концентрациях относятся: семенная жидкость (сперма), кровь, спинномозговая жидкость, влагалищные выделения и грудное молоко. Другие биологические жидкости, такие как слюна, слезы, пот, моча, не опасны в плане передачи ВИЧ от человека к человеку, т.к. в них содержится ничтожно малое количество вируса;
3. Больная Т., 64 лет поступила в отделение неврологии с острым нарушением мозгового кровообращения. В

течение нескольких дней медсестра осуществляла уход за пациентом (кормила, меняла белье), через некоторое время она стала замечать покраснение в области крестца

Вопрос 1: Подумайте, к чему это может привести?;

Вопрос 2: Как ухаживать за таким больным?;

Вопрос 3: Что необходимо делать, чтобы не образовались пролежни?;

Вопрос 4: Чем обрабатывать, если наметились пролежни?;

Вопрос 5: Что такое пролежни?;

1) Образуется застой крови и появляются пролежни;

2) Обрабатывается камфорным спиртом, массажными движениями или пошлепыванием.;

3) Матрасы должны быть противопролежневыми, постельное белье должно быть без складок, положение больного меняется каждые 2 часа (с одного бока на другой);

4) 0,5% перманганата калия или зеленкой, так же обрабатывается камфорным спиртом;

5) Пролежни - это омертвление мягких тканей, возникающее вследствие ишемии, вызванной продолжительным, непрерывным механическим давлением на них;

4. В процессе предстерилизационной очистки лабораторного инструментария в инфекционном отделении для больных ВИЧ-инфекцией лаборантка порезала палец правой руки через резиновую перчатку

Вопрос 1: Какие ситуации в лечебно-профилактическом учреждении являются аварийными;

Вопрос 2: Что необходимо предпринять сотрудникам при возникновении аварийной ситуации (разрыв перчаток, проколы режущими и колющими инструментами, попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки, кожные покровы и т.д.);

Вопрос 3: Что необходимо предпринять после контакта персонала с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного;

Вопрос 4: Порядок оказания первой помощи лаборанту в целях профилактики заражения ВИЧ-инфекцией;

Вопрос 5: Дайте понятие ВИЧ-инфекции;

1) Повреждение кожных покровов (проколы, порезы) медицинским инструментарием во время проведения различных манипуляций или при контакте с медицинским инструментарием до его дезинфекции; попадание потенциально инфицированного материала на кожные покровы и слизистые оболочки; разбрызгивание крови во время проведения центрифугирования; разрывы и проколы перчаток;

2) Сотрудники обязаны немедленно принять меры по ее ликвидации и поставить в известность заведующего подразделением, руководителя лечебно-профилактического учреждения и председателя постоянно действующей комиссии по соблюдению противоэпидемического режима. Заведующий подразделением подает руководителю учреждения рапорт (в письменном виде) о случившейся аварии с подробным изложением. Все случаи аварии и принятые меры подлежат обязательной регистрации, в связи с чем во всех лечебно-профилактических учреждениях заводится журнал учета аварийных ситуаций;

3) При контакте с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом назначают химиопрофилактику не позднее 3-х суток с момента аварийной ситуации. Специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом назначают химиопрофилактику не позднее 3-х суток с момента аварийной ситуации;

4) При попадании зараженного материала на кожу необходимо обработать ее 70% спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% спиртом. При попадании инфицированного материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% спиртом или 0,05% раствором марганцевокислого калия. Не тереть! При уколах и порезах - обработать ранку 5% раствором йода. Загрязненную спецодежду немедленно снять и замочить в 3% растворе хлорамина на 120 минут, а затем сдать в стирку;

5) ВИЧ - это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, т.е. вируса, поражающего иммунную систему. ВИЧ живет и размножается только в организме человека;

5. Больной Д., 60 лет перенес инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), в результате чего произошло нарушение глотательного рефлекса. После приема пищи медсестра не проводит гигиену полости рта

Вопрос 1: К чему это может привести;

Вопрос 2: Как часто нужно проводить гигиену полости рта;

Вопрос 3: Какие правила нужно соблюдать при обработке полости рта;

Вопрос 4: Когда нужно проводить обработку полости рта;

Вопрос 5: Каким образом осуществляется санация полости носа;

1) При разложении остатков не удаленной пищи из полости рта вместе со слюной они могут попасть в организм и нарушить работу желудочно-кишечного тракта;

2) 2 раза в день, утром и вечером и после каждого приема пищи нужно полоскать ротовую полость;

3) Процедура проводится полусидя, в перчатках, при помощи смоченного тампона удаляются остатки пищи из ротовой полости;

4) Перед приемом и после приема пищи проводят гигиену полости рта;

5) Санация полости носа осуществляется резиновой грушей или специальным аэрозолем;

6. Больной Т., 54 лет, у которого постоянный режим жалуется на обильные гнойные выделения из глаз

Вопрос 1: Поясните, чем необходимо обрабатывать глаза пациентов;

Вопрос 2: Сколько раз меняются тампоны при обработке глаз;

Вопрос 3: Чем высушивают глаза;

Вопрос 4: У кого встречаются частые проблемы с глазами;

Вопрос 5: Как правильно производить обработку? Алгоритм действий при обработке глаз;

1) 2% раствором борной кислоты или 0,02% раствора фурацилина;

2) Тампон нужно менять 3-4 раза;

3) Высушиваются глаза при помощи ватно-марлевого шарика;

4) Чаще всего встречаются у людей, у которых круглосуточный постельный режим;

5) Смачивают небольшой ватный шарик вазелиновым маслом, после чего протираются веки больного, далее глаза протираются сухим марлевым шариком, после этого другим марлевым шариком, смоченным фурацилином, протираются веки больного. Веки больного протираются от наружной стороны глаза к внутреннему уголку;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 2. Хирургический стационар: устройство, структура, оборудование. Виды хирургических отделений. Уборка помещений.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): асептика и антисептика, деонтология являются базовыми в работе персонала в хирургическом отделении. При этом структура и функции подразделений хирургического отделения послужат основными отправными точками в работе всего персонала

3. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, осуществлять пособие по смене нательного белья тяжелобольному, использовать дезинфицирующие средства, **владеть** навыками проведения влажной уборки палат, перевязочного и процедурного кабинета, операционного блока, способами транспортировки больного внутри учреждения, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Лечебно-диагностическое отделение хирургического профиля (хирургическое отделение)

Из приемного отделения больные попадают в лечебно-диагностические. Особенности устройства лечебно-диагностических отделений хирургического профиля, прежде всего, подчинены правилам асептики и антисептики. При планировании многопрофильных больниц учитываются особенности контингента больных, своеобразие оборудования хирургических отделений, предназначенных для обследования и лечения пациентов с определенными заболеваниями. Выделяют специализированные отделения (кардиохирургические, урологические, травматологические, нейрохирургические и др.), что делает лечение более эффективным и позволяет предупредить возможные осложнения.

Особенности постройки и соблюдение санитарных норм.

Большинство больниц строится в зеленых, наиболее экологически чистых районах. Хирургические отделения должны располагаться не на нижних этажах, по возможности палаты должны быть на 1-2 человек. На 1 больного в стационаре положено не менее 7,5 м² при высоте помещения не менее 3 м и ширине не менее 2,2 м. Ориентация окон палат и лечебно-диагностических кабинетов хирургического отделения любая, но соотношение площади окон и пола — 1:6, 1:7. Температура воздуха в палатах должна быть в пределах 18-20°C, а влажность 50-55%. На каждом отделении кроме палат должны быть соответствующие подразделения (пост палатной медсестры, процедурный кабинет, чистая и гнойная перевязочная, санитарная комната, лечебные и диагностические кабинеты, кабинеты заведующего отделением и старшей медсестры, ординаторская, сестринская).

Особенности уборки, мебели

Особенностью хирургического отделения является то, что оно должно быть приспособлено для тщательной многократной уборки, причем обязательно влажной и с применением антисептических средств. Ежедневно производится влажная уборка помещения утром и вечером. Стены моют и протирают влажной тряпкой один раз в три дня. Один раз в месяц очищают от пыли верхние части стен, потолки, плафоны, протирают оконные и дверные рамы.

В связи с необходимостью частой влажной уборки полы должны быть каменными или заливными, покрыты линолеумом или кафелем. Стены выложены плиткой или покрашены краской. В операционной и перевязочной такие же требования предъявляются и к потолкам. Мебель обычно изготовлена из металла или пластмассы, она должна быть легкой, без сложной конфигурации поверхностей, иметь колесики для передвижения. Количество мебели следует максимально ограничить в соответствии с потребностями.

Пропускной режим

В хирургическом отделении не может быть постоянного свободного прохода посетителей. Кроме того, необходимо контролировать их внешний вид, одежду, состояние.

Проветривание

В отделениях существует график проветривания помещений, что значительно (до 30%) снижает обсемененность воздуха.

Спецодежда

Использование спецодежды в отделении обязательно. Раньше это всегда ассоциировалось с белыми халатами, что во многих учреждениях сохранилось до сих пор. В принципе все работники должны иметь сменную: обувь, халаты или специальные костюмы из легкой ткани, регулярно проходящие стирку. Оптимальным является использование

санпропускников: сотрудники, приходя на работу, принимают душ, снимают с себя повседневную одежду и надевают костюмы (халаты). Выход в спецодежде за пределы отделения не разрешается. В перевязочной, в процедурном кабинете, в операционной, в послеоперационных палатах и в отделении реанимации необходимо ношение колпаков. Ношение колпаков обязательно и для постовых медсестер, выполняющих различные процедуры у постели больного (инъекции, забор крови на анализ, постановка горчичников, контроль состояния дренажей и пр.)

Операционный блок

Операционный блок — наиболее чистое, «святое» место хирургического стационара. Именно в операционном блоке необходимо наиболее строгое соблюдение правил асептики. В настоящее время операционный блок должен всегда располагаться отдельно, а в некоторых случаях он выносится даже в специальные пристройки, соединенные переходом с основным больничным комплексом.

Устройство оперблока, принцип зональности

Для предотвращения загрязненности воздуха и помещения в непосредственной близости от операционной раны в организации операционного блока соблюдают принцип зональности. Существует 4 зоны стерильности в операционной:

1. Зона абсолютной стерильности.
2. Зона относительной стерильности.
3. Зона ограниченного режима.
4. Зона общебольничного режима (нестерильная).

Порядок работы

Основополагающим принципом в работе оперблока является строжайшее соблюдение правил асептики. В связи с этим выделяют разные виды операционных: плановые и экстренные, чистые и гнойные. При составлении расписания операций в каждой операционной их порядок определяют в соответствии со степенью инфицированности — от менее инфицированной к более инфицированной.

В операционной не должно быть ненужной мебели и техники, до минимума сокращается объем движений и хождений, вызывающих возникновение турбулентных потоков воздуха. Важным является ограничение разговоров. В покое за 1 час человек выделяет 10-100 тысяч микробных тел, а при разговоре — до 1 миллиона. В операционной не должно быть лишних людей. После операции количество микробов в 1 м³ воздуха возрастает в 2-5 раз, а при присутствии, например, группы студентов из 5-6 человек — в 20-30 раз. Поэтому для просмотра операций устраиваются специальные колпаки, используется система видеотехники.

РАЗДЕЛЕНИЕ ПОТОКОВ БОЛЬНЫХ

Разделение «чистых» и «гнойных» больных — основной принцип асептики. Применение всех самых современных способов профилактики инфекции будет сведено на нет, если в одной палате чистый послеоперационный больной будет лежать рядом с гнойным!

В зависимости от мощности стационара существуют разные способы решения этой проблемы.

При наличии в больнице одного хирургического отделения на нем специально выделяются палаты для гнойных больных, должно быть две перевязочные: чистая и гнойная, причем гнойная должна располагаться в том же отсеке, что и палаты для гнойных больных. Желательно также выделить палату для послеоперационных больных — в противоположной части отделения.

При наличии в больнице нескольких хирургических отделений они разделяются на чистые и гнойные. В масштабе крупных городов возможно даже разделение стационаров на чистые и гнойные. При этом при госпитализации больных врач скорой помощи знает, какие чистые и какие гнойные стационары сегодня дежурят по оказанию экстренной хирургической помощи, и в соответствии с характером заболевания решает, куда везти больного.

МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЗДУХЕ

Ношение масок

Маски используются медицинским персоналом для уменьшения выявления при дыхании капель секрета из носоглотки и ротовой полости во внешнюю среду. Существует два типа масок: фильтрующие и отражающие.

К фильтрующим, прежде всего, относятся марлевые маски. 3-слойные марлевые маски, закрывающие нос и рот, задерживают 70% выдыхаемых микроорганизмов, 4-слойные — 88%, 6-слойные — 96%. Однако чем больше слоев,

тем хирургу труднее дышать. При увлажнении марли ее фильтрующая способность падает. Через 3 часа 100% 3-слойных марлевых масок обильно обсеменены микрофлорой. Для придания маскам большего эффекта они пропитываются антисептиком (например, хлоргексидином), высушиваются и автоклавируются. Свойства таких масок сохраняются 5-6 часов. Современные разовые маски из целлюлозы обычно эффективны в течение 1 часа.

В отражающих масках конденсат из выдыхаемого воздуха стекает по стенкам маски в специальные емкости. Оперировать в таких масках трудно, и сейчас они практически не используются.

Ношение масок обязательно в операционной (причем каждый раз — новой, стерильной маски), в перевязочной. При эпидемии гриппа — в палатах. В ряде случаев — в послеоперационной палате. Маски необходимо использовать при выполнении любых манипуляций в ране, связанных с нарушением покровных тканей (перевязка в палате, катетеризация сосудов и т. д.).

Бактерицидные лампы

Существуют специальные лампы, излучающие УФ-лучи с определенной длиной волны, обладающие максимальным бактерицидным эффектом. Подобные лучи вредны для человека. Поэтому лампы имеют определенную защиту, кроме того, существует режим их работы (режим кварцевания), когда лампы включаются в помещении, где в это время нет персонала и пациентов. Одна бактерицидная лампа в течение 2 часов стерилизует 30 м³ воздуха, кроме того, уничтожаются микроорганизмы на открытых поверхностях. Бактерицидные лампы должны обязательно быть в операционных, перевязочных, процедурных кабинетах, послеоперационных и реанимационных палатах, палатах для гнойных больных.

Вентиляция

Проветривание и вентиляция помещений на 30% снижает загрязненность воздуха микроорганизмами. Если при этом дополнительно используются кондиционеры с бактериальными фильтрами, то эффективность этих мероприятий возрастает до 80%. В особо «чистых» местах, например в операционных, вентиляция должна быть приточной (объем притока воздуха должен превосходить объем оттока).

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЛИЧНАЯ ОДЕЖДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ:

- 1) шелковой;
- 2) хлопчатобумажной;
- 3) синтетической;
- 4) шерстяной;
- 5) латексной;

2. ОБУВЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ:

- 1) мед.персонал не носит обуви;
- 2) войлочной;
- 3) шерстяной;
- 4) латексной;
- 5) из синтетических кожезаменителей;

3. ОДЕЖДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХРАНИТСЯ:

- 1) на работе в специальном шкафу;
- 2) на работе, где удобно;
- 3) дома в специальном шкафу;
- 4) дома, где удобно;
- 5) в коридоре отделения;

4. В СОСТАВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВХОДИТ:

- 1) вестибюль;
- 2) регистратура;
- 3) перевязочная;
- 4) сан.пропускник;
- 5) смотровые кабинеты;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больная Ш., 56 лет, поступила в приемный покой с резкими болями в верхней половине живота, имеющими тянущий и жгучий характер, иррадирующими болями в спину

Вопрос 1: Перечислите методы диагностики и определите диагноз;

Вопрос 2: Как Вы считаете, в какое отделение ее госпитализировать;

Вопрос 3: По Вашему мнению, какое лечение следует назначить;

Вопрос 4: Назовите осложнения, которые могут возникнуть от внутримышечных инъекций;

Вопрос 5: Перечислите факторы риска, способствующие возникновению инфекции;

1) Лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, обзорная рентгенограмма брюшной полости и грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия. Компьютерная томография. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Острый панкреатит;

2) Гастроэнтерологическое;

3) Назначают умеренно щадящую диету с увеличением количества белка и уменьшением суточного количества жиров и сахара. Рекомендуются прием пищи небольшими порциями 4-6 раз в сутки. Исключают жирную, острую пищу, консервы, газированные напитки, кислые сорта фруктов, наваристые бульоны. Также исключают прием алкоголя и лекарств, приведших к обострению. Используют средства, уменьшающие образование и выделение панкреатического сока – антациды (альмагель, фосфалюгель), ингибиторы «протонового насоса» (омепразол), блокаторы кислоты (квamatел, фамотидин). Для устранения боли применяют спазмолитики (но-шпа, папаверин). Ферментная недостаточность поджелудочной железы компенсируется приемом ферментозаместительных препаратов, таких как: креон, мезим форте, фестал, панкреатин, панзинорм;

4) Постинъекционный абсцесс ягодичной области;

5) Не соблюдение правил асептики и антисептики, постановка инъекции без перчаток;

6) апро;

7) пмолд;

2. Больной М., 19 лет, болен 3 дня. Жалобы на постоянные боли внизу живота больше справа. Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7. Многократная рвота. Черты лица заострены, кожные покровы бледные, слизистые оболочки сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 уд.в мин. При пальпации живот вздут, не участвует в акте дыхания. Отмечается разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке

Вопрос 1: Как Вы расцениваете данное состояние;

Вопрос 2: Как Вы считаете, какой вид болей описан;

Вопрос 3: Объясните, нужно ли оперативное вмешательство;

Вопрос 4: Опишите тактику действий по дальнейшему ведению больного;

Вопрос 5: Назовите, какая документация оформляется на данного больного в приёмном отделении;

1) Больной находится в крайне тяжелом состоянии;

2) Возможно у больного острый аппендицит или перитонит (воспаление брюшной полости). Угрожающие и перинатальные боли;

3) Да;

4) Срочно вызвать врача, необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение. Возможно наложение пузыря со льдом;

5) «Алфавитный журнал» для справочной службы;

3. В процедурный кабинет поликлиники обратилась женщина, 37 лет с жалобами на боли в правой ягодичной области после в/м инъекций масляного раствора. Объективно: состояние больной ближе к удовлетворительному, АД 120/90 мм рт. ст., пульс 122 ударов в минуту, ритмичный, температура тела 38,3°C, в верхненаружном квадранте правой ягодичной области отмечается отек и гиперемия, размер участка гиперемии 8x8 см, при пальпации определяется болезненное уплотнение

Вопрос 1: Оцените данное состояние больной;

Вопрос 2: Назовите возможные осложнения при постановке в/м инъекций;

Вопрос 3: Опишите, тактику Ваших дальнейших действий;

Вопрос 4: Сколько ватных тампонов потребуется для постановки в/м инъекций;

Вопрос 5: Назовите возможные места введения внутримышечных инъекций;

1) Состояние больной средней тяжести;

2) Абсцесс правой ягодичной области, гематома, инфильтрат, невралгия, масляная эмболия (закупорка сосуда маслом);

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

4) 5 ватных тампонов;

5) Мышцы ягодиц (средняя и малая ягодичная мышцы), мышцы бедра (латеральная широкая мышца);

4. В приемный покой городской больницы №1 поступил больной Д., 42 лет

Вопрос 1: Опишите, каковы обязанности медицинской сестры приемного покоя;

Вопрос 2: Опишите, каковы обязанности младшего медицинского персонала в стационаре;

Вопрос 3: Объясните, что понимают под термином «уход за больным»;

Вопрос 4: Кто из медицинского персонала осуществляет уход за больными в стационаре;

Вопрос 5: Опишите устройство приемного отделения;

1) В приемном отделении медицинская сестра на каждого поступающего больного заполняет паспортную часть истории болезни, заносит сведения о нем в журнал приема больных и алфавитный журнал. На младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы) непосредственно ложится ответственность за поддержание чистоты в палатах, коридорах, местах общего пользования и других помещениях, их регулярную влажную уборку;

2) Санитарки оказывают медсестрам помощь в кормлении тяжелобольных, смене у них нательного и

постельного белья, подаче, уборке и мытье суден и мочеприемников, проведении санитарной обработки, сопровождают больных на различные исследования, обеспечивают доставку анализов в лабораторию. Для транспортировки больных по возможности используют труд санитаров-мужчин;

3) Под уходом следует понимать: создание и поддержание санитарно-гигиенической обстановки в палате и дома; устройство удобной постели и содержание ее в чистоте; гигиеническое содержание больного, оказание ему помощи во время туалета, приема пищи, физиологических и болезненных отравлений организма; выполнение врачебных назначений; организацию досуга больного;

4) Младший медицинский персонал, медсестры;

5) Состоит из комнаты ожидания, поста дежурного фельдшера, смотровых комнат, перевязочной, сан.пропускника, комнат для дежурных хирургов, медсестер. При этом могут входить диагностические кабинеты: рентгенологический, эндоскопический;

5. Больная А., 36 лет, после автомобильной аварии с диагнозом закрытый перелом правого предплечья поступила в приемное отделение

Вопрос 1: Какова функция приемного отделения;

Вопрос 2: Опишите устройство приемного отделения;

Вопрос 3: Как Вы считаете, в какое отделение в дальнейшем будет госпитализирована данная больная;

Вопрос 4: Какой метод обследования должен быть назначен больной для подтверждения диагноза;

Вопрос 5: Объясните, как организована работа в приемном отделении;

1) Прием больных, а так же их первичная сортировка и санитарная обработка;

2) Приемное отделение состоит из регистратуры, кабинета для первичного осмотра больных и ванной комнаты (желательно двух — отдельно для мужчин и женщин), комнаты для хранения чистого больничного белья и комнаты для хранения одежды больных;

3) Данная больная будет направлена в травматологическое отделение;

4) Рентгенография в двух проекциях;

5) Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности: 1) регистрация больных 2) врачебный осмотр 3) санитарно-гигиеническая обработка;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 3. Приемное отделение и операционный блок: принципы работы, устройство, структура, оборудование, уборка помещений. Потоки больных.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): процент больных с хирургической патологией ежегодно возрастает, возрастает число оперативных вмешательств. Вопросы ухода за больными после операции очень важны, особенно личная гигиена больного, роль медицинского персонала в санитарно-гигиенических проблемах больного. Правильный гигиенический режим, особенно у больных в послеоперационном периоде – залог благоприятного течения всего заболевания

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, осуществлять пособие по смене нательного белья тяжелобольному, использовать дезинфицирующие средства, **владеть** навыками проведения влажной уборки палат, перевязочного и процедурного кабинета, операционного блока, способами транспортировки больного внутри учреждения, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Понятие о чистой и гнойной хирургии

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. Малейшие погрешности в асептике и недооценка важности антисептики приводят к нагноению операционной раны и другим тяжелым последствиям.

Больных в хирургических учреждениях делят на «чистых» и «гнойных», в связи, с чем различают чистую и гнойную хирургию.

Чистая хирургия занимается лечением больных без гнойных и воспалительных заболеваний (зоб, язвенная болезнь желудка, доброкачественные и злокачественные опухоли и т. д.). Гнойная хирургия оказывает помощь больным, у которых причиной заболевания является инфекция (остеомиелит, абсцесс легкого, флегмона и т. д.). Учитывая возможность переноса инфекции от одного больного к другому (внутрибольничная инфекция), и особенно от «гнойных» больных к «чистым», больных с гнойными заболеваниями изолируют в специальные палаты. При большом числе таких больных организуют специальное отделение гнойной хирургии, где проводят соответствующее лечение. Требования к соблюдению асептики в этом отделении 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, кабинета для первичного осмотра больных и ванной комнаты (желательно двух — отдельно для мужчин и женщин), комнаты для хранения чистого больничного белья и комнаты для хранения одежды больных.

В приемном отделении больные подвергаются санитарной обработке (гигиеническая ванна или душ, осмотр волос на наличие насекомых) и надевают больничную одежду (нижнее белье, халат, тапочки).

Хирургическое отделение. Лечение хирургических больных производится в специально оборудованных и оснащенных хирургических отделениях. В небольших участковых и районных больницах, рассчитанных на 25-50 коек, может не быть хирургического отделения, однако и в них предусматривается возможность оказания экстренной хирургической помощи и производства небольших плановых операций. В таких больницах имеются специальные помещения для стерилизационной, операционной и перевязочной.

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 водопроводом (желательно с холодной и горячей водой), центральным отоплением, канализацией и приточно-вытяжной вентиляцией.

Травматологическое отделение — это хирургическое отделение, приспособленное для лечения больных с травмами. В отличие от обычного хирургического отделения, в травматологическом необходимо иметь рентгенологический кабинет, гипсовую-перевязочную, аппаратную, кабинет лечебной физкультуры и механотерапии, физиотерапевтический кабинет. Если травматологическое и хирургическое отделения находятся рядом, то операционная, рентгенологический и физиотерапевтический кабинеты могут быть общими для обоих отделений.

В гипсовой-перевязочной обычно производят обезболивание места перелома, вправление вывихов, накладывание 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 рентгеновский аппарат и т. д. Более громоздкое оборудование (щиты, подставки под ножки кровати, подголовники, приспособления для бокового вытяжения и т. д.) хранится в аппаратной.

Операционный блок. В состав операционного блока входят операционная, предоперационная, наркозная, стерилизационная и материальная комнаты. Они должны располагаться изолированно от палат. В зависимости от объема работы хирургического отделения может быть несколько операционных. Однако необходимо предусмотреть наличие чистой и гнойной операционных. При наличии только одной операционной следует помнить, что чистые операции производятся в ней в первую очередь и что после гнойной операции обязательна генеральная уборка. Уборку гнойной операционной производят не менее тщательно, чем чистой операционной. На стенах и потолке не должно быть никаких выступов, на которых могла бы скапливаться пыль. Стены и потолок окрашивают масляной краской, пол выстилают керамической плиткой. В современных операционных стены облицовывают специальной плиткой, желательно не белого, а, например, салатного цвета, так как от белого цвета устают глаза хирурга. Отопление желательно паровое, с радиаторами, замурованными в панель, чтобы на них не скапливалась пыль. Температура в операционной должна быть равномерной, в пределах 22-24°C.

Освещение должно быть достаточно ярким и не должно искажать цвет. Окна не должны выходить на южную сторону. Прямые солнечные лучи затрудняют работу хирурга и перегревают помещение летом. Для освещения операционного поля применяют специальные бестеневые лампы, не дающие тени от головы и рук хирурга. В случае необходимости применяют дополнительные боковые лампы или специальные осветители на голове хирурга типа шахтерских лампочек. Они особенно необходимы при нейрохирургических операциях.

Вентиляция. Операционная должна хорошо вентилироваться. Для этого лучше применять приточно-вытяжную вентиляцию с преобладанием притока. Идеальным следует признать специальные кондиционеры, которые не только охлаждают, обогревают, увлажняют, но и стерилизуют воздух.

Оборудование. Аппаратура и меблировка операционной должны состоять только из предметов, необходимых для работы: операционного стола, позволяющего придавать больному любое необходимое при операции положение, столов для операционной медицинской сестры, где помещаются инструменты и перевязочный материал, инструментального столика для хирурга, термокоагулятора для остановки кровотечения, электроотсоса и анестезиологической аппаратуры. Желательно, чтобы кислородные баллоны и баллоны с наркотическими газами были вынесены из операционной. Подача газа должна осуществляться по особым трубопроводам.

Уборка операционной. Различают: 1) текущую уборку — в процессе операции подбирают упавшие на пол шарики, вытирают запачканный кровью пол, после окончания операции удаляют содержимое тазиков, испачканный кровью, загрязненный белье и т. д.; 2) заключительную уборку — после окончания операционного дня тщательно моют пол и мебель, стены протирают на высоту человеческого роста; 3) генеральную уборку — один раз в неделю производят механическую и химическую обработку (дезинфекция) потолка, стен, пола, окон; 4) предварительную уборку — перед началом каждого операционного дня протирают горизонтальные поверхности, собирая влажной тряпкой осевшую за ночь пыль.

Уборку операционной производят только влажным способом при помощи растворов, в которые входят различные дезинфицирующие вещества (например, смесь 50 г соды, 50 г зеленого мыла и 150 г лизола на ведро горячей воды). В другом ведре должны быть чистая горячая вода и мыло. Можно использовать диоксид в разведении 1:1000. После обработки химическими веществами стены, потолок, пол обмывают теплой водой из шланга. После окончания уборки всю мебель, стены и пол протирают чистой тряпкой. После уборки на 6-8 ч включают бактерицидные лампы (БУВ-15, БУВ-30 П, БУВ-30).

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

Наркозная комната — это обычно специальное помещение, где хранятся наркозная аппаратура, медикаментозные средства, применяемые анестезиологом, документация. Иногда в этой комнате проводят начальные этапы наркоза, а затем доставляют больного в операционную.

Стерилизационная, или автоклавная, комната отводится для установки в ней автоклавов и стерилизаторов для стерилизации операционного белья и инструментов. 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, эфира и других медикаментов.

Перевязочные. Требования к перевязочной предъявляются такие же, как к операционной (светлая комната, стены

которой выкрашены масляной краской или облицованы плиткой). Температура в перевязочной поддерживается не ниже 18°C. Оборудование перевязочной: стол для перевязки больных, стол для инструментов и перевязочного материала, несколько табуретов для сидячих больных, контейнер для снятых повязок, шкаф для инструментов и лекарственных средств. Инструменты стерилизуют в самой перевязочной или в соседней комнате. В перевязочной должна быть обеспечена центральная подача холодной и горячей воды.

В перевязочной необходимо поддерживать идеальную чистоту. Стол для инструментария и перевязочного материала накрывают так же, как в операционной. Инструменты и перевязочный материал подают корнцангом. Перевязку производят только при помощи инструмента. Необходимо вначале делать чистые перевязки (раны без гнойного загрязнения) и в последнюю очередь перевязки у «гнойных» больных. В конце рабочего дня производят влажную уборку перевязочной и ультрафиолетовое облучение воздуха. При крупных отделениях имеются две перевязочные — для «чистых» и «гнойных» больных.

Палаты. В хирургическом отделении должны быть просторные, светлые и хорошо вентилируемые палаты. Температура в палатах должна поддерживаться в пределах от 18 до 20°C. Мебель должна иметь гладкую поверхность. Обычно ее покрывают светлой эмалевой краской, легко поддающейся обработке. Кровати расставляют с таким расчетом, чтобы к больным можно было подойти со всех сторон. Обязательно выделяют послеоперационные палаты, где больные находятся в первые дни после операции. Если в больнице нет специального гнойного отделения, то должны быть гнойные палаты.

Помимо перечисленных помещений, в хирургическом или травматологическом отделениях следует выделить специальную комнату для производства медицинских процедур — процедурную, где выполняют инъекции, пункции полостей, введение постоянных катетеров для длительного введения лекарственных веществ и т. д.

Для наиболее тяжелых послеоперационных больных в хирургическом стационаре оборудуют палату или отделение интенсивной терапии со специальной аппаратурой, необходимой для возможных реанимационных мероприятий. У послеоперационных больных устанавливается круглосуточный сестринский пост.

Умиравших больных помещают в специальную комнату — изолятор.

Сестринский пост. Обычно в коридоре недалеко от палат помещается стол дежурной медицинской сестры. Рядом со столом расположены световая или звуковая сигнализация и специальный шкаф для внутриотделенческой аптеки. В этом шкафу хранятся медикаменты, необходимые для лечения больных. В специальных отделениях шкафа, запирающихся отдельным ключом, хранятся препараты списка А и Б.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) 1 раз в день;
- 2) 1 раз в неделю;
- 3) 1 раз в 2 недели;
- 4) 1 раз в месяц;
- 5) 5 раз в месяц;

2. ПОЛОСТЬ РТА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ:

- 1) кипяченой водой;
- 2) 1 % борной кислотой;
- 3) раствор перекиси водорода;
- 4) раствором перманганата калия 1: 10000;
- 5) зубной пастой;

3. СОГРЕВАЮЩИЙ КОМПРЕСС СОДЕРЖИТ:

- 1) 2 % раствор борной кислоты;
- 2) 40% этанол;
- 3) теплую воду;
- 4) камфорный спирт;
- 5) 0,1 % раствор перманганата калия;

4. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДОЛЖНА БЫТЬ:

- 1) 27-29 °C;
- 2) 30-33 °C;
- 3) приближаться к температуре тела (34-36°C) или быть не-сколько выше (37-39 °C);
- 4) 40-43 °C;
- 5) 44-46 °C;

5. СЕСТРИНСКИЙ ПОСТ ОРГАНИЗУЕТСЯ:

- 1) 15-20 коек;
- 2) 20-25 коек;

- 3) 25-30 коек;
- 4) 30-35 коек;
- 5) 35-40 коек;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больная С., 19 лет, скончалась после оперативного вмешательства от потери крови (всё постельное бельё было в крови). Примечание: больную определили в одноместную палату

Вопрос 1: Как Вы считаете, какие меры безопасности были нарушены;

Вопрос 2: Поясните, какую ошибку допустил дежурный врач;

Вопрос 3: Какой вывод можно сделать после такого происшествия;

Вопрос 4: Какие меры нужно предпринять, чтобы предотвратить в дальнейшем такие трагические случаи;

Вопрос 5: Опишите, какие негативные последствия могут быть для врача, после такой ошибки;

1) Послеоперационных больных нельзя оставлять одних, а тем более определять в одноместную палату, обязательно кто-то должен быть рядом;

2) Дежурный врач отнёсся к своим обязанностям халатно и не сделал ночной обход, допустил ошибку, определив больную в одноместную палату;

3) Недостаточное количество оборудования в отделении и дежурного персонала;

4) Как вариант можно поставить камеры наблюдения или посадить дежурного врача прямо в палату, попросить остаться родственников, установить кнопку вызова медсестры;

5) Статья 124, п.2 УК РФ. Неоказание помощи больному, если оно повлекло по неосторожности смерть больного, либо причинение тяжкого вреда его здоровью. Наказывается принудительными работами на срок до 4-х лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового. Либо лишением свободы на срок до 4-х лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет или без такового;

2. Больной А., 50 лет, поступил в хирургический стационар на операцию. Состояние удовлетворительное, стабильное. Через несколько дней в этом же отделении были выявлены многочисленные случаи педикулёза у пациентов

Вопрос 1: Предположите, что произошло в отделении;

Вопрос 2: Какие, на Ваш взгляд, меры гигиены были нарушены;

Вопрос 3: Объясните, какие меры нужно предпринять;

Вопрос 4: Как Вы считаете, кто виноват в данном происшествии;

Вопрос 5: Предложите, как можно было это предотвратить;

1) У больного (мужчина, 50 лет) уже был педикулёз, поэтому вскоре заболевание распространилось на других пациентов отделения;

2) Медсестра приемного покоя не провела кожных покровов и волосистых частей тела больного для выявления педикулеза;

3) Нужно обработать волосистые части тела специальным шампунем, собрать всё постельное бельё в стационаре в большие полиэтиленовые мешки, завязать, подождать какое-то время, чтобы вши умерли (задохнулись). Постельное бельё и одежду пациента сдать в стирку. Расчесать волосы пациентов расчёской с частыми зубчиками;

4) Виновата медсестра приемного покоя, которая отнеслась халатно к своим обязанностям;

5) Необходимо проводить осмотр всех пациентов на педикулез при поступлении в стационар. В срочном порядке изолировать от других пациентов и провести санитарную обработку отделения;

3. Сан.служба осматривала хирургический блок, открывающейся больницы, и осталась крайне недовольна результатами, в связи, с чем не дала разрешения на открытие отделения. Примечание: хирургический стационар: 60 коек по 10 коек в каждой палате, 1 медицинский пост и одна перевязочная

Вопрос 1: Поясните, что на Ваш взгляд, послужило причиной недовольства;

Вопрос 2: Предположите, какие могут быть негативные последствия работы такого отделения;

Вопрос 3: Как Вы считаете, сколько должно быть перевязочных, и какими они должны быть;

Вопрос 4: Как Вы считаете, сколько должно быть медицинским постов на 60 коек;

Вопрос 5: Сколько коек должно быть в палате? На какие виды должен быть разделен стационар;

1) Причиной недовольства послужила неправильная организация хирургического отделения;

2) Есть риск развития госпитальной инфекции. При нахождении в одном помещении гнойных и чистых больных;

3) Должно быть 2 перевязочных, желательно в разных концах отделения (гнойная и чистая);

4) Должно быть 2 медицинских поста, на каждые 30 коек;

5) В медицинском стационаре (в хирургическом отделении) палаты должны быть рассчитаны на 4-6 коек.

Стационар должен быть разделен на гнойное и чистое отделение, расположенные в разных концах коридора;

4. Младшая медсестра во время уборки палаты случайно укололась использованной инъекционной иглой

Вопрос 1: Объясните, что ей необходимо предпринять в данной ситуации;

Вопрос 2: Опишите последовательность её дальнейших действий;

Вопрос 3: Каким антисептиком можно обработать руки;

Вопрос 4: Дайте определение понятиям асептика и антисептика;

Вопрос 5: Перечислите биологические жидкости, в которых содержится вирус СПИДа;

- 1) Младшая медсестра должна воспользоваться средствами из аварийной аптечки, находящейся в хирургическом отделении;
 - 2) Она должна: • Быстро снять перчатки • Выдавить кровь из места укола, если её нет, или не останавливать кровотечение в течение 1-2 мин • Вымыть руки под проточной водой с мылом • Обработать руки кожным антисептиком • Место укола обработать 5% раствором йода, после высыхания обработать второй раз • Закрыть место укола асептической повязкой • Надеть новые перчатки;
 - 3) 70% этиловым спиртом;
 - 4) Асептика – совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции. Антисептика – способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного;
 - 5) К видам жидкостей, в которых ВИЧ содержится в высоких концентрациях относятся: семенная жидкость (сперма), кровь, спинномозговая жидкость, влагалищные выделения и грудное молоко. Другие биологические жидкости, такие как слюна, слезы, пот, моча, не опасны в плане передачи ВИЧ от человека к человеку, т.к. в них содержится ничтожно малое количество вируса;
5. Больной Н., 25 лет, поступил в приемный покой. После осмотра врача, был направлен в нейрохирургическое отделение

Вопрос 1: Перечислите особенности устройства хирургического отделения;

Вопрос 2: Объясните, в чем заключается принцип зональности;

Вопрос 3: Перечислите зоны стерильности в операционной;

Вопрос 4: На какие две группы разделяют больных в хирургическом отделении? С какой целью;

Вопрос 5: Назовите методы борьбы с инфекциями в хирургическом отделении;

- 1) Особенностью хирургического отделения является то, что оно должно быть приспособлено для тщательной многократной уборки, причем обязательно влажной и с применением антисептических средств. Ежедневно производится влажная уборка помещения утром и вечером. Стены моют и протирают влажной тряпкой один раз в три дня. Один раз в месяц очищают от пыли верхние части стен, потолки, плафоны, протирают оконные и дверные рамы. В связи с необходимостью частой влажной уборки полы должны быть каменными или заливными, покрыты линолеумом или кафелем. Стены выложены плиткой или покрашены краской. В операционной и перевязочной такие же требования предъявляются и к потолкам. Мебель обычно изготовлена из металла или пластмассы, она должна быть легкой, без сложной конфигурации поверхностей, иметь колесики для передвижения. Количество мебели следует максимально ограничить в соответствии с потребностями. Пропускной режим На хирургическом отделении не может быть постоянного свободного прохода посетителей. Кроме того, необходимо контролировать их внешний вид, одежду, состояние. Проветривание На отделениях существует график проветривания помещений, что значительно (до 30%) снижает обсемененность воздуха. Спецодежда Использование спецодежды на отделении обязательно;
- 2) Принцип зональности заключается в разделении операционного блока на 4 зоны стерильности;
- 3) 1) Зона абсолютной стерильности. 2) Зона относительной стерильности. 3) Зона ограниченного режима. 4) Зона общебольничного режима (нестерильная);
- 4) В хирургическом отделении больные делятся на «чистых» и «гнойных». С целью профилактики инфекций;
- 5) Разделение потоков больных, ношение масок, бактерицидные лампы, вентиляция;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 4. Личная гигиена хирургического больного.

2. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): от качественной предоперационной подготовки больного во многом зависит исход операции и послеоперационного периода

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, осуществлять пособие по смене нательного белья тяжелобольному, использовать дезинфицирующие средства, **владеть** навыками проведения влажной уборки палат, перевязочного и процедурного кабинета, операционного блока, способами транспортировки больного внутри учреждения, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО И УСТРОЙСТВО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ

При многих заболеваниях отмечаются различные изменения положения больного. Активное положение - при удовлетворительном состоянии, когда пациент легко и свободно может осуществлять те, или иные, произвольные движения. Пассивное положение - в случаях невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости). Вынужденное положение - пациента принимают с целью уменьшения болезненных ощущений. При ортопноэ больной принимает сидячее положение со спущенными вниз ногами, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и несколько ослабляет одышка. Положение больного не всегда совпадает с назначенным ему двигательным режимом. Существует 4-е вида двигательного режима: Строгий постельный - больному не разрешается даже поворачиваться; Постельный - можно поворачиваться в постели, но не покидать ее; Полупостельный - можно вставать, например, в туалет; Общий - не существует ограничений двигательной активности. Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должны соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения. Для обеспечения тяжелобольному удобного положения в постели, возникает необходимость в использование функциональной кровати, головной и ножной конец которой можно быстро перевести в нужное положение (поднять, опустить). С этой целью в кровати сетке предусматривается несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки. Подъем или опускание головной части кровати нажатием специальной ручки может производить сам больной, не прикладывая для этого почти никаких усилий. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуются сетками.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И

НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ. ПОДАЧА СУДНА И МОЧЕПРИЕМНИКА

Правильное приготовление постели и контроль за ее состоянием имеют большое значение, особенно для тяжелобольных пациентов. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью, желательно обшит клеенкой. Подушки должны быть средних размеров, в некоторых случаях (при тяжелой одышке) больным удобнее находиться на высоких подушках, в других (например, после операции до выхода из наркоза) - на низких, или вообще без них.

Простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац. Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза в 10 дней, и по мере его загрязнения. Смену постельного и нательного белья нужно проводить так, чтобы не создавать больному неудобств и стараться не причинять ему болезненных ощущений. При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекалывают на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню.

В тех случаях, когда больному запрещено двигаться, грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют. При смене рубашки у тяжелобольного (лучше, если на нем будет надета рубашка-распашонка) подводят руку под его спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава. При повреждении одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой руки. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного. Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать лежа физиологические отправления. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. После освобождения судна от содержимого его тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 3% раствором хлорамина или лизола. При подаче мочеприемника следует иметь в виду, что далеко

не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и хорошо промывают

УХОД ЗА КОЖЕЙ

Тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться на постельном режиме. Загрязнение кожных покровов секретом потовых и сальных желез, другими выделениями ведет к появлению сильного зуда, расчесов, вторичного инфицирования кожи, развитию грибковых заболеваний, возникновению в определенных областях (межпальцевых складках ног, меж ягодичных складках, подмышечных впадинах) опрелостей (мокнущих поверхностей), способствует в ряде случаев образованию пролежней. При отсутствии противопоказаний гигиеническую ванну или душ принимают, не реже 1 раза в неделю. Кожные

ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО И УСТРОЙСТВО ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КРОВАТИ

При многих заболеваниях отмечаются различные изменения положения больного. Активное положение - при удовлетворительном состоянии, когда пациент легко и свободно может осуществлять те, или иные, произвольные движения. Пассивное положение - в случаях невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости). Вынужденное положение - пациента принимают с целью уменьшения болезненных ощущений. При ортопноэ больной принимает сидячее положение со спущенными вниз ногами, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и несколько ослабляет одышка. Положение больного не всегда совпадает с назначенным ему двигательным режимом. Существует 4-е вида двигательного режима: Строгий постельный - больному не разрешается даже поворачиваться; Постельный - можно поворачиваться в постели, но не покидать ее; Полупостельный - можно вставать, например, в туалет; Общий - не существует ограничений двигательной активности. Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должны соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения. Для обеспечения тяжелобольному удобного положения в постели, возникает необходимость в использование функциональной кровати, головной и ножной конец которой можно быстро перевести в нужное положение (поднять, опустить). С этой целью в кровати сетке предусматривается несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки. Подъем или опускание головной части кровати нажатием специальной ручки может производить сам больной, не прикладывая для этого почти никаких усилий. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуются сетками.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПОСТЕЛИ. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО И

НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ. ПОДАЧА СУДНА И МОЧЕПРИЕМНИКА

Правильное приготовление постели и контроль за ее состоянием имеют большое значение, особенно для тяжелобольных пациентов. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью, желательно обшит клеенкой. Подушки должны быть средних размеров, в некоторых случаях (при тяжелой одышке) больным удобнее находиться на высоких подушках, в других (например, после операции до выхода из наркоза) - на низких, или вообще без них.

Простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац. Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза в 10 дней, и по мере его загрязнения. Смену постельного и нательного белья нужно проводить так, чтобы, не создавать больному неудобств и стараться не причинять ему болезненных ощущений. При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекадывают на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню.

В тех случаях, когда больному запрещено двигаться, грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют. При смене рубашки у тяжелобольного (лучше, если на нем будет надета рубашка-распашонка) подводят руку под его спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава. При повреждении одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой руки. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного. Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать лежа физиологические отправления. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. После освобождения судна от содержимого его тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 3% раствором хлорамина или лизола. При подаче мочеприемника следует иметь в виду, что далеко не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно

теплым. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и хорошо промывают

УХОД ЗА КОЖЕЙ

Тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться на постельном режиме. Загрязнение кожных покровов секретом потовых и сальных желез, другими выделениями ведет к появлению сильного зуда, расчесов, вторичного инфицирования кожи, развитию грибковых заболеваний, возникновению в определенных областях (межпальцевых складках ног, меж ягодичных складках, подмышечных впадинах) опрелостей (мокнущих поверхностей), способствует в ряде случаев образованию пролежней. При отсутствии противопоказаний гигиеническую ванну или душ принимают, не реже 1 раза в неделю. Кожные

покровы больных, находящихся на постельном режиме, ежедневно обтирают ватными тампонами, смоченными кипяченой водой с добавлением спирта, одеколона или столового уксуса. Особенно тщательно при этом следует обмывать, а затем и высушивать те места, где могут скапливаться выделения потовых желез (складки под молочными железами, пахово-бедренные складки и т. д.). Руки больных моют перед каждым приемом пищи, а ноги – 2-3 раза в неделю. Кожные покровы половых органов и промежности необходимо обмывать ежедневно. У тяжелых больных с этой целью следует регулярно (не менее двух раз в день, а иногда и чаще) проводить туалет половых органов с помощью подмывания, которое осуществляют с использованием кувшина, направляя струю теплой воды или слабого раствора перманганата калия на промежность. Ватным тампоном при этом производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным тампоном таким же образом осушают кожу промежности. При наличии у женщины выделений из влагалища применяют также спринцевание – орошение стенок влагалища с помощью кружки Эсмарха и специального влагалищного наконечника кипяченой водой, слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия или изотоническим раствором хлорида натрия. При уходе за истощенными и ослабленными больными, пациентами, находящимися длительное время на постельном режиме, необходимо проводить комплексные мероприятия по профилактике пролежней. Пролежни – глубокие поражения кожи с исходом в ее омертвление, возникающие при длительном сдавливании мягких тканей между костными образованиями и внешними предметами, например поверхностью матраца, гипсовой лангетой и др. Пролежни особенно часто развиваются в области крестца, копчика, лодыжек, бугра пяточной кости, мыщелков и вертела бедра. К развитию пролежней предрасполагают глубокие нарушения обменных процессов в организме (например, при сахарном диабете), тяжелые нарушения мозгового кровообращения, обширные травмы с повреждением головного мозга. Во многих случаях, однако, образованию пролежней способствует плохой уход за больным – небрежный уход за кожными покровами, несвоевременное перестилание постели, недостаточная активизация пациента и т. д. В своем развитии пролежни проходят несколько стадий: побледнение, а затем и покраснение кожных покровов с появлением синюшных пятен, образование пузырей, отслойка эпидермиса с развитием некроза кожи, подкожной клетчатки, фасций, сухожилий и т. д. Пролежни нередко осложняются присоединением вторичной гнойной или гнилостной инфекции с крайне неблагоприятным прогнозом. Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю за состоянием постели тяжелобольного и его нательным бельем (своевременное устранение неровностей, грубых швов, разглаживание складок, стряхивание крошек). В профилактических целях применяют также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под те области тела, которые подвергаются длительному давлению (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут довольно слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного. Вместо подкладного круга могут использоваться тканевые матрацы, наполненные, например, льняным семенем, а также специальные прорезиненные матрацы, состоящие из многих воздушных камер. Степень наполнения воздухом отдельных камер автоматически изменяется каждые три минуты, так что происходят постоянные подъем и опускание различных секций матраца, вследствие чего точки соприкосновения его с телом больного все время оказываются различными.

Необходимо также стремиться к систематическому изменению положения больного, поворачивая его в постели (на правый, левый бок и т.д.) минимум 8-10 раз в сутки. Учитывая, что пролежни чаще образуются на загрязненной коже, кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвонков и др.) необходимо 2-3 раза в день обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом или одеколоном, и припудривая тальком. Лечить образовавшиеся пролежни значительно труднее, чем предупредить их возникновение. В начальных стадиях рекомендуют смазывание пораженных участков 5-10 % раствором йода, 1 % раствором бриллиантовой зелени, применение физиотерапевтических методов (УВЧ, ультрафиолетовое облучение). Поверхность пролежней покрывают асептической повязкой. После отторжения некротических масс применяют различные мазевые повязки общестимулирующую терапию (переливание крови плазмы), в некоторых случаях – операцию пересадки кожи.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ

Плохой уход за волосами с нерегулярным мытьем может приводить к их повышенной ломкости, выпадению, образованию кожных покровов головы жирных или сухих отрубевидных чешуек (перхоти). Жирные волосы

рекомендуют мыть 1 раз в неделю, а сухие и нормальные – 1 раз в 10 – 14 дней. Мытье головы у тяжелобольного проводят в постели. При этом тазик размещают у головного конца кровати, а голову больного несколько приподнимают и запрокидывают. Для мытья волос лучше использовать мягкую воду (кипяченую или с добавлением тетрабората натрия из расчета 1 чайная ложка на 1 л воды). Лучше пользоваться приготовленной мыльной пеной. После мытья волосы осторожно вытирают полотенцем, после чего тщательно и бережно расчесывают, начиная от корней, если волосы короткие, или же, наоборот, с концов при длинных волосах. Необходимо также осуществлять систематический уход за ногтями, регулярно удаляя грязь, скапливающуюся под ними, и коротко подстригая их не реже одного раза в неделю.

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Среди правил личной гигиены важное место занимает уход за полостью рта. При многих тяжелых заболеваниях, особенно сопровождающихся высокой лихорадкой, происходит значительное ослабление сопротивляемости организма, в результате чего в полости рта могут активно размножаться микробы, существующие там и в нормальных условиях, приводя к развитию различных поражений зубов (пульпита, периодонтита, пародонтоза), десен (гингивита), слизистой оболочки (стоматита), появлению трещин в углах рта, сухости губ.

С целью их предупреждения больные должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным промывают полость рта 0,5 % раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия. Промывание чаще всего осуществляют с помощью шприца Жане или резинового баллончика. При этом чтобы жидкость не попала в дыхательные пути, больному придают полу сидячее положение с несколько наклоненной вперед головой или же поворачивают голову набок, если больной лежит. Для лучшего оттока жидкости шпателем несколько оттягивают угол рта. При некоторых заболеваниях полости рта, глотки, миндалин для выявления их возбудителей берут мазок со слизистой оболочки полости рта и глотки. Делают это специальным чистым тампоном, помещая его затем в заранее приготовленную стерильную пробирку.

УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Уход за глазами осуществляют при наличии выделений, склеивающих ресницы и веки, появляющихся обычно при воспалении слизистой оболочки век (конъюнктивитах). В таких случаях с помощью ватного тампона, смоченного 2 % раствором борной кислоты, вначале размягчают и удаляют образовавшиеся корочки, а затем промывают конъюнктивальную полость кипяченой водой или физиологическим раствором. При этом веки раздвигают указательным и большим пальцами левой руки, а правой рукой, не касаясь век, производят орошение конъюнктивального мешка с помощью резинового баллончика. При закапывании глазных капель или закладывании глазной мази нижнее веко оттягивают влажным тампоном, после чего пипеткой выпускают 1-2 капли (комнатной температуры!) на слизистую оболочку нижнего века или туда же широким концом небольшой стеклянной палочки наносят глазную мазь.

УХОД ЗА УШАМИ И НОСОМ

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой и мылом. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки. Очистку наружного слухового прохода производят ватными палочками очень осторожно, чтобы не повредить поверхность наружного слухового прохода и барабанную перепонку. Для удаления серной пробки применяют промывание наружного слухового прохода с использованием шприца Жане. Предварительно для размягчения серной пробки вводят несколько капель 3 % раствора перекиси водорода. Для выпрямления естественного изгиба наружного слухового прохода ушную раковину оттягивают левой рукой кзади и кверху, наконечник вводят на глубину не более 1 см, после чего на задне-верхнюю стенку наружного слухового прохода отдельными порциями направляют струю жидкости. После удаления серной пробки наружный слуховой проход тщательно осушают. Необходимость в уходе за носовой полостью возникает при наличии выделений с образованием в ряде случаев корок на слизистой оболочке носовой полости. После предварительного размягчения глицерином или вазелиновым маслом корки удаляют небольшим пинцетом или специальным носовым зондом с накрученной на него ватой. При необходимости стерильным тампоном производят взятие мазка со слизистой оболочки носовой полости с последующим бактериологическим исследованием. Первая помощь при носовом кровотечении заключается во введении в носовую полость кусочка ваты, смоченного перекисью водорода с последующим прижатием крыла носа, применении холода на область переносицы по 3-4 минуты с перерывами. При их неэффективности осуществляют тампонаду носовой полости марлевыми турундами. Таким образом, соблюдение правил личной гигиены занимает одно из важнейших мест в комплексе мероприятий по уходу за больными, способствует улучшению течения различных заболеваний, профилактике серьезных осложнений.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) 1 раз в день;
 - 2) 1 раз в неделю;
 - 3) 1 раз в 2 недели;
 - 4) 1 раз в месяц;
 - 5) 5 раз в месяц;
2. ПОЛОСТЬ РТА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ:
- 1) кипяченой водой;
 - 2) 1 % борной кислотой;
 - 3) раствор перекиси водорода;
 - 4) раствором перманганата калия 1: 10000;
 - 5) зубной пастой;
3. СОГРЕВАЮЩИЙ КОМПРЕСС СОДЕРЖИТ:
- 1) 2 % раствор борной кислоты;
 - 2) 40% этанол;
 - 3) теплую воду;
 - 4) камфорный спирт;
 - 5) 0,1 % раствор перманганата калия;
4. ТЕМПЕРАТУРА ВОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ВАННЫ ДОЛЖНА БЫТЬ:
- 1) 27-29 °С;
 - 2) 30-33 °С;
 - 3) приближаться к температуре тела (34-36°С) или быть не-сколько выше (37-39 °С);
 - 4) 40-43 °С;
 - 5) 44-46 °С;
5. ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ ДЕФЕКАЦИЯ НАСТУПАЕТ:
- 1) через 15-20 мин;
 - 2) через 10-12 ч;
 - 3) через 1 ч;
 - 4) через 2-3 ч;
 - 5) через 24 ч;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больная С., 55 л., парализована. Была обнаружена инфекционная диарея, после каждого стула медсестра меняла подгузники, но не подмывала больную. Вопросы: 1. Какие последствия могут возникнуть? 2. Как правильно подмывать больных? 3. Чем подмывать больного? 4. Рекомендации врача при данной болезни? 5. Какие диеты назначает врач при диарее?

Вопрос 1: Какие последствия могут возникнуть?;

Вопрос 2: Как правильно подмывать больных?;

Вопрос 3: Чем подмывать больного?;

1) 1. Если больную не подмывать при недержании мочи или кала в области паховых складок, это может привести к раздражению кожи и образованию пролежней.;

2) 2. При недержании мочи или кала лежачего больного нужно несколько раз в день подмывать лежачего больного (сверху вниз);

3) 3. Подмывают любыми дезинфицирующими веществами. При возможности водят в душ.;

2. В процессе предстерилизационной очистки лабораторного инструментария в инфекционном отделении для больных ВИЧ-инфекцией лаборантка порезала палец правой руки через резиновую перчатку

Вопрос 1: Какие ситуации в лечебно-профилактическом учреждении являются аварийными;

Вопрос 2: Что необходимо предпринять сотрудникам при возникновении аварийной ситуации (разрыв перчаток, проколы режущими и колющими инструментами, попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки, кожные покровы и т.д.);

Вопрос 3: Что необходимо предпринять после контакта персонала с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного;

Вопрос 4: Порядок оказания первой помощи лаборанту в целях профилактики заражения ВИЧ-инфекцией;

Вопрос 5: Дайте понятие ВИЧ-инфекции;

1) Повреждение кожных покровов (проколы, порезы) медицинским инструментарием во время проведения различных манипуляций или при контакте с медицинским инструментарием до его дезинфекции; попадание потенциально инфицированного материала на кожные покровы и слизистые оболочки; разбрызгивание крови во время проведения центрифугирования; разрывы и проколы перчаток;

2) Сотрудники обязаны немедленно принять меры по ее ликвидации и поставить в известность заведующего подразделением, руководителя лечебно-профилактического учреждения и председателя постоянно действующей комиссии по соблюдению противозидемического режима. Заведующий подразделением подает руководителю учреждения рапорт (в письменном виде) о случившейся аварии с подробным изложением. Все случаи аварии и принятые меры подлежат обязательной регистрации, в связи с чем во всех лечебно-профилактических учреждениях заводится журнал учета аварийных ситуаций;

- 3) При контакте с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом назначают химиопрофилактику не позднее 3-х суток с момента аварийной ситуации. Специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом назначают химиопрофилактику не позднее 3-х суток с момента аварийной ситуации;
- 4) При попадании зараженного материала на кожу необходимо обработать ее 70% спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обеззаразить 70% спиртом. При попадании инфицированного материала на слизистые оболочки их немедленно обрабатывают 0,05% раствором марганцевокислого калия, рот и горло прополаскивают 70% спиртом или 0,05% раствором марганцевокислого калия. Не тереть! При уколах и порезах - обработать ранку 5% раствором йода. Загрязненную спецодежду немедленно снять и замочить в 3% растворе хлорамина на 120 минут, а затем сдать в стирку;
- 5) ВИЧ - это сокращенное название вируса иммунодефицита человека, т.е. вируса, поражающего иммунную систему. ВИЧ живет и размножается только в организме человека;
3. Больной Д., 60 лет перенес инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), в результате чего произошло нарушение глотательного рефлекса. После приема пищи медсестра не проводит гигиену полости рта

Вопрос 1: К чему это может привести;

Вопрос 2: Как часто нужно проводить гигиену полости рта;

Вопрос 3: Какие правила нужно соблюдать при обработке полости рта;

Вопрос 4: Когда нужно проводить обработку полости рта;

Вопрос 5: Каким образом осуществляется санация полости носа;

- 1) При разложении остатков не удаленной пищи из полости рта вместе со слюной они могут попасть в организм и нарушить работу желудочно-кишечного тракта;
- 2) 2 раза в день, утром и вечером и после каждого приема пищи нужно полоскать ротовую полость;
- 3) Процедура проводится полусидя, в перчатках, при помощи смоченного тампона удаляются остатки пищи из ротовой полости;
- 4) Перед приемом и после приема пищи проводят гигиену полости рта;
- 5) Санация полости носа осуществляется резиновой грушей или специальным аэрозолем;

4. Больной Т., 54 лет, у которого постоянный режим жалуется на обильные гнойные выделения из глаз

Вопрос 1: Поясните, чем необходимо обрабатывать глаза пациентов;

Вопрос 2: Сколько раз меняются тампоны при обработке глаз;

Вопрос 3: Чем высушивают глаза;

Вопрос 4: У кого встречаются частые проблемы с глазами;

Вопрос 5: Как правильно производить обработку? Алгоритм действий при обработке глаз;

- 1) 2% раствором борной кислоты или 0,02% раствора фурацилина;
 - 2) Тампон нужно менять 3-4 раза;
 - 3) Высушиваются глаза при помощи ватно-марлевого шарика;
 - 4) Чаще всего встречаются у людей, у которых круглосуточный постельный режим;
 - 5) Смачивают небольшой ватный шарик вазелиновым маслом, после чего протираются веки больного, далее глаза протираются сухим марлевым шариком, после этого другим марлевым шариком, смоченным фурацилином, протираются веки больного. Веки больного протираются от наружной стороны глаза к внутреннему уголку;
5. Больная А., 45 лет, поступила в послеоперационную палату в тяжелом состоянии, у нее появились гнойные образования на глазах, глаза воспалились и припухли

Вопрос 1: Расскажите, как ежедневно ухаживать за волосным покровом головы у больной;

Вопрос 2: Объясните, как обрабатывать полость рта больной;

Вопрос 3: Опишите алгоритм мытья головы;

Вопрос 4: Расскажите, как осуществлять уход за глазами;

Вопрос 5: Как осуществлять закапывание капель в глаза больной;

- 1) Расчесывать гребнем с частыми зубьями, легкий массаж волосистой части головы, мыть раз в неделю, проводить регулярный осмотр на педикулез;
- 2) Обрабатывать ватным шариком, смоченным 5% раствором борной кислоты или 2% раствором гидрокарбоната натрия, либо слабым раствором марганцовки, теплой кипяченой водой;
- 3) Запрокинуть голову больного, под шейно-затылочную область подкладывают клеенку и моют волосы над тазиком, установленным у головной части кровати. Смачивают волосы водой, затем раствором шампуня, смывают пену, одновременно осуществляется массаж головы. Вытереть полотенцем или высушить феном;
- 4) Начальная процедура - протирание стерильными ватными или марлевыми тампонами, смоченными раствором марганцовки или 2% раствором борной кислоты от уголков наружи 5-6 раз. Для больных с заболевшими глазами капают капли;
- 5)левой рукой оттягивают нижнее веко и медленно капают одну каплю ближе к носу, затем через некоторое время вторую. Глазные мази наносят под веки стерильной стеклянной лопаточкой и, закрыв веки, аккуратно растирают по области глаза;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

- 1. Тема № 5.** Общая подготовка больного к операции.
- 2. Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы):
- 3. Цели обучения**
- обучающийся должен знать , уметь , владеть
- 4. Аннотация** (краткое содержание темы)
- 5. Вопросы по теме занятия**
- 6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- 7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**
- 8. Рекомендованная литература по теме занятия**

1. Тема № 6. Подготовка больных к операциям на органах брюшной полости.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): от качественной предоперационной подготовки больного во многом зависит исход операции и послеоперационного периода

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать**, **уметь** обрабатывать руки на гигиеническом уровне, измерять пульс на лучевой артерии, измерять артериальное давление на лучевой артерии, определять частоту дыхательных движений, измерять температуру тела в подмышечной впадине, проводить наружный туалет промежности, **владеть** навыками ухода за кожей тяжелобольных, способностью определять степень риска развития пролежней, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Подготовка полости рта

Ротовая полость содержит большие количества микроорганизмов, среди которых немало болезнетворных. Их особенно много у лиц, страдающих кариесом зубов, хроническим воспалением десен, миндалин. У здорового человека происходит естественная очистка полости рта. После тяжелых операций, когда больной полностью лишен приема пищи и жидкостей через рот, когда активность выделения слюны резко снижается, ухудшается естественная очистка ротовой полости, происходит бурное развитие болезнетворных микроорганизмов, что может вызвать воспаление слизистой оболочки полости рта, зева, околоушной слюнной железы.

Всем больным, которым предстоит плановая операция, с заболеванием десен и зубов должна производиться санация (оздоровление) полости рта. Этим занимается врач-стоматолог, который лечит или удаляет пораженные кариесом зубы, лечит воспаление слизистой оболочки полости рта.

Больной с хроническим воспалением миндалин должен быть обязательно осмотрен ЛОР-врачом. Если больному показано лечение, оно ему проводится, при наличии гнойного воспаления миндалин ЛОР-врач может сначала рекомендовать операцию – удаление миндалин, а несколько месяцев спустя основную операцию.

У большинства больных предоперационная подготовка полости рта сводится к выполнению правил гигиены полости рта. Для этого, больной ежедневно утром и вечером должен чистить зубы щеткой с зубным порошком или пастой и полоскать рот после каждого приема пищи подсоленной водой (1/4 чайной ложки поваренной соли на стакан воды), раствором пищевой соды (1/2 чайной ложки соды на стакан воды) или зубным эликсиром (20 капель на стакан воды).

Подготовка желудочно-кишечного тракта.

Известно, что перед любой операцией желудочно-кишечный тракт должен быть очищен. Как правило, после операции у больных нарушается моторная функция желудка и кишечника, они переполняются газами и содержимым, ухудшается кровоснабжение этих органов, что может способствовать развитию инфекции в кишечнике и проникновению ее в свободную брюшную полость, особенно в местах анастомозов. При вздутии живота ухудшается функция сердечно-сосудистой и легочной систем, что ухудшает кровоснабжение органов брюшной полости. Все это диктует важность и тщательность подготовки желудочно-кишечного тракта к предстоящей операции.

Перед операцией важно убедиться в том, что у больного нет глистной инвазии. Для этого несколько раз берутся анализы кала на яйца глистов. Больному нужно подробно объяснить, как правильно собирать кал. Больной обычно собирает кал для исследования в туалете, в стеклянную сухую чистую банку с широким горлом. Для исследования необходимо 5–10 г материала. Неправильно и негигиенично собирать кал в спичечные коробки, бумагу, пузырьки и другую неудобную посуду. Кал не должен содержать посторонних примесей – крови, мочи, выделений из влагалища у женщин. У больных с постельным режимом кал собирают в сухое чистое подкладное судно, а затем шпателем из нескольких участков производят забор материала в сухую стеклянную банку. На банку наклеивают этикетку, в которой указывают Ф.И.О. больного, вид исследования, отделение, палату, дату исследования. В случае обнаружения глистной инвазии плановая операция откладывается, больной должен пройти специальный курс лечения.

ТЕХНИКА ВВЕДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА И ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Желудок промывают накануне, перед операцией и утром.

Для промывания желудка используются толстый желудочный зонд, шприц Жане, стеклянная воронка. Их «перед

употреблением» стерилизуют в центральной стерилизационной путем обработки в автоклаве под давлением в 1,1 атмосферу в течение 45 минут, либо подвергают кипячению в дистиллированной воде 45 минут. Введение желудочного зонда в желудок может производиться в положении больного сидя или лежа. Предварительно конец зонда смазывают стерильным вазелиновым маслом. Конец зонда укладывают на корень языка больного. Предлагая делать глотательные движения, постепенно вводят зонд глубже. Если у больного возникают позывы на рвоту, временно прекращают введение зонда, рекомендуя больному редко и глубоко дышать, затем продолжают введение зонда. При попадании зонда в желудок по зонду начинает изливаться желудочное содержимое.

Промывание желудка производят у больных с нарушением эвакуации желудка (рубцово-язвенная деформация, рак выходного отдела желудка, острое расширение желудка).

После введения зонда в желудок по нему начинает выходить, содержимое, на зонд надевают воронку, заливают 250 мл воды температуры 22°C, постепенно поднимают воронку на 25 см выше уровня рта, вода уходит в желудок. Следует держать воронку в несколько наклонном положении, чтобы не возник водоворот в центре воронки и не попал воздух в желудок. Затем воронку опускают, она постепенно заполняется промывной жидкостью с примесью желудочного содержимого, которое сливают в ведро. Вновь заливают в воронку воду и продолжают процедуру несколько раз до чистых промывных вод. С целью ликвидации процессов брожения и гниения в желудке в последнюю порцию воды добавляют 2 чайные ложки соляной кислоты на литр воды. Соляная кислота губительно действует на микробы, находящиеся в желудке. Промывание желудка можно производить 1-2 раза в сутки, его всегда нужно производить осторожно, не форсируя, чтобы не вызвать осложнений. Опорожнение желудка избавляет больного от чувства тяжести, распирающего в верхней части живота, способствует восстановлению мышечного тонуса желудочной стенки, улучшает ее кровообращение.

ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ И СИФОННОЙ КЛИЗМ

Цель очистительной клизмы: освободить кишечник от газов и каловых масс.

Для того, чтобы сделать **очистительную клизму**, нужна кружка Эсмарха – резиновый мешок с отходящей от него резиновой трубкой длиной 150 см, имеющей кран для регулировки поступления жидкости и пластмассовые наконечники. Вода для очистительной клизмы должна быть комнатной температуры (22°C). Для усиления эффекта к клизменной воде можно добавить 1/2 чайной ложки растертого в порошок детского или хозяйственного мыла, 1-2 столовые ложки поваренной соли, 2-3 столовые ложки глицерина и т.д. Перед постановкой очистительной клизмы под больного кладут клеенку, укладывают на левый бок, ноги приводят к животу. В кружку Эсмарха заливают 1-1,5 литра воды, в трубку вставляют пластмассовый стерильный наконечник, кружку поднимают вверх, открывают кран, чтобы выпустить с небольшим количеством жидкости воздух, находящийся в трубке, затем закрывают кран.

Наконечник смазывают стерильным вазелиновым маслом и осторожно вводят в прямую кишку на глубину 8 см. Кружку Эсмарха поднимают вверх, открывают кран, вода начинает поступать в ободочную кишку. Следят за тем, чтобы воздух не попал в просвет кишки, вовремя закрывают кран, вращательными движениями удаляют наконечник. Хорошо, если больной удержит воду в течение 10 минут. Если эффекта от клизмы нет, то ее можно повторить через 2 часа.

Сифонные клизмы делают в тех случаях, когда очистительные клизмы неэффективны и у больных с кишечной непроходимостью. Используется принцип сифона, когда многократно промывается кишечник. Иногда это может привести к ликвидации кишечной непроходимости.

Для производства сифонной клизмы нужна резиновая трубка длиной 80 см, толщиной не менее 1,5 см, стеклянная воронка (емкостью до 500 мл), сосуд для воды, таз или ведро для слива промывных вод. Положение больного такое же, как для очистительной клизмы. Конец трубки, вводимый в прямую кишку, смазывают вазелиновым маслом, трубку вводят на 10-12 см в прямую кишку. Стеклянную воронку опускают ниже уровня больного и заполняют водой, затем медленно поднимают вверх, вода уходит в кишечник, затем ее опускают вниз, с жидкостью из кишечника выходят газы в виде пузырьков, с кусочками кала. Важно, чтобы количество вводимой жидкости было равно количеству выводимой. Воду сливают в ведро и заполняют воронку вновь. Так многократно, поднимая и опуская воронку, добиваются промывания до тех пор, пока не будет выходить чистая вода, прекратится отхождение газов. При заполнении воронки жидкостью, она должна быть в наклонном положении, чтобы не попал воздух в кишечник. Закончив промывание кишечника, воронку снимают, моют и кипятят, резиновую трубку на 15 минут оставляют в прямой кишке для эвакуации оставшейся жидкости. По указанию врача могут быть, рекомендованы клизмы гипертонические, глицериновые, вазелиновые и др.

Подготовка кожных покровов к операции.

Большое значение придают подготовке кожных покровов к операции, так как в порах, складках кожи, в протоках потовых и сальных желез накапливаются болезнетворные микроорганизмы. Попадание их в рану может вызвать в

послеоперационном периоде нагноение раны. В загрязненной коже могут возникать различные воспалительные процессы. Вот почему важно накануне операции сменить белье и помыть больного.

Перед операцией больной принимает ванну или душ. Душ более эффективен и переносится больными легче, чем ванна. Если больному трудно стоять, его усаживают на скамейку и моют в положении сидя. Голову моют с мылом, обязательно два раза, тело моют мочалкой с мылом, затем обмывают теплой водой, протирают полотенцем. Надевают чистое белье.

Тщательно осматриваются все участки кожи, если обнаружены гнойнички, воспаление отдельных участков кожи, плановая операция должна быть отложена до ликвидации этих явлений.

В зоне операционного поля (участок кожи, где будет произведен разрез во время операции) утром, в день операции младшая медсестра должна сбрить волосы. Возникает вопрос, а на каком участке кожи нужно сбривать волосы? Границы бритья должны быть значительно большими, чем участок операционного поля. Если операция предстоит на голове, бреют всю голову, если – на животе, то сбривают волосы со всей брюшной стенки включая лобок. Бритье операционного поля производится утром в день операции, так как могут быть ссадины, царапины, которые приводят к воспалению участка кожи, что вызывает необходимость отмены плановой операции.

Для бритья волос, как правило, используют «безопасную» бритву, которую дезинфицируют погружением в тройной раствор на 45 минут. Техника бритья: если волосы густые, то их перед бритьем намыливают, при бритье кожу немного потягивают в противоположном ходу бритвы направлении. После бритья операционное поле обмывают теплой водой и протирают спиртовым раствором хлоргексидина или спиртом. Волосы в зоне операционного поля у больных, которым предстоит плановая операция, могут быть удалены более безопасным методом – применением эпилирующих кремов, паст. Через некоторое время после операции волосы вырастают вновь.

Весьма сложно подготовить операционное поле в зоне кишечного свища. Постоянное выделение кишечного содержимого, которое не только постоянно мацерирует кожу, и обладает переваривающим действием, приводит к воспалению кожи в области свища. Необходимо перед операцией ликвидировать мацерацию кожи и ее воспаление. Это достигается назначением постельного режима, применением гигиенических ванн, частых перевязок с применением прокаленного гипса, различных повязок с антисептическими растворами, рациональным применением калоприемников, obturаторов, диетой и др.

При обширных ранах, открытых переломах, вывихах, ожогах, сдавлениях кисти обработка начинается с ногтей, их подстригают, вычищают подногтевые пространства, снимают кольца. Руку намыливают обычным мылом от ногтевых фаланг до локтя, затем прокипяченной щеткой медленно протирается вся рука, нередко щетку меняют несколько раз, пока; не смоется вся грязь. Ополаскивают руку проточной или кипяченой водой, вытирают стерильным полотенцем. Кожа руки тщательно протирается 0,25-0,8% раствором нашатыря или спиртовым раствором хлоргексидина. На подготовленную кисть надевают стерильную перчатку или заворачивают ее стерильным полотенцем. Плохая обработка кожи, как правило, способствует нагноению операционной раны. Аналогичным образом может готовиться к операции и кожа стопы.

Во время месячных у женщин плановую операцию лучше отложить на 10 дней, т.к. в этот период снижается иммунитет, сохраняется большая кровоточивость тканей, что может затруднить операцию и привести к развитию послеоперационных осложнений. Естественно, экстренные операции у женщин вынужденно приходится делать и во время месячных, конечно, это увеличивает риск послеоперационных осложнений.

Непосредственно перед операцией, утром больному вводят лекарства, подготавливающие его к даче наркоза (наркотические средства, успокаивающие). Больной должен соблюдать абсолютный покой. Перед транспортировкой в операционную, длинные волосы на голове у женщин должны быть уложены и завязаны косынкой так, чтобы волосы не торчали из-под косынки. Съемные протезы снимают и оставляют в палате, снимают также кольца, часы. В операционный блок все больные должны доставляться лежа на каталке. Если это требование игнорируется медперсоналом, то у больного при перемене положения тела после введения лекарств, может возникнуть головокружение, снижение артериального давления и больной может упасть и получить дополнительную травму. Больного укладывают на каталку, накрывают простыней, под головой должна быть подушка. Транспортировка больного производится плавно с небольшой скоростью. У операционного стола младшая медсестра помогает больному перейти с каталки на операционный стол. На операционном столе больного накрывают стерильной простыней. Вместе с больным в операционную доставляется история болезни больного, которая передается анестезиологу.

Особенности подготовки больных к экстренным операциям

При неотложных острых заболеваниях и травмах, требующих экстренной операции, время, отводимое на подготовку, резко ограничено по сравнению с плановой операцией, и не всегда можно оптимально подготовить все системы организма к операции. У больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии (ранение сердца, печени, селезенки,

крупных сосудов), подготовка к операции не производится, больной сразу доставляется в операционную, где одновременно, проводится реанимация и операция.

Санобработка производится в полном объеме только у тех больных, у которых позволяет общее состояние (острый аппендицит, острый холецистит), у другой группы больных она выполняется только частично (прободная язва желудка, воспаление брюшины, бессознательное состояние больного и др.).

Подготовка желудочно-кишечного тракта не может быть выполнена в том объеме, что перед плановой операцией, из-за недостатка времени. Полость рта, если больной может, прополаскивается водой или ее протирают. Если у больного наблюдается рвота или совсем недавно он принимал пищу, возникает необходимость введения зонда в желудок и эвакуации его содержимого. У некоторых больных зонд остается в желудке и больной с ним транспортируется в операционную. Если не опорожнить желудок от содержимого, то во время дачи наркоза может возникнуть рвота и рвотные массы могут попасть в дыхательные пути, что нередко приводит к смерти больного.

Клизмы при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, как правило, не делаются. Исключением является острая кишечная непроходимость, где наряду с консервативными мероприятиями, сифонная клизма может разрешить острую кишечную непроходимость. Если же она не дает эффекта, это лишний раз убеждает хирурга в необходимости экстренной операции. Вопрос о том, делать ли сифонную клизму, решается врачом.

Подготовка операционного поля производится также как и для плановых операций.

Экстренные операции выполняются в любое время суток, при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний у больных, при повышенной температуре, тела, при наличии гнойничков на теле, во время месячных, при почти доношенной беременности. Экстренная операция может быть отложена на 2-3 часа для того, чтобы провести у больного оптимальную предоперационную подготовку. Более длительная задержка с операцией угрожает жизни больного.

Подготовка к операциям на переднебоковой брюшной стенке

Это чаще всего предоперационная подготовка больных с наружными грыжами переднебоковой брюшной стенки. Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки зависит у них от нескольких факторов: величины и размера грыжи, наличия или отсутствия ее осложнений, возраста больного, от сопутствующих заболеваний. Больные зрелого возраста с неосложненными грыжами при отсутствии сопутствующих заболеваний обычно в специальной подготовке не нуждаются: вечерам накануне операций им делают очистительную клизму, утром больному запрещается прием пищи, воды.

Большое значение имеет предоперационная подготовка у больных с гигантскими грыжами. Цель такой подготовки состоит в том, чтобы достичь адаптации больного к перемещению значительного объема кишечника из грыжевого мешка в брюшную полость, чтобы добиться постепенного привыкания больного к увеличению внутрибрюшного давления. Больной находится в горизонтальном положении, грыжа вправляется в брюшную полость, затем производят бинтование живота матерчатой лентой, ориентируясь на состояние дыхания больного и его самочувствие. Брюшная стенка должна быть забинтована так, чтобы при переходе больного в вертикальное положение, содержимое брюшной полости не выходило наружу. На ночь бинт снимается, утром живот вновь фиксируется матерчатой лентой. На такую подготовку иногда требуется 15-20 дней, и ее больной начинает делать задолго до операции в домашних условиях. Одновременно с бинтованием живота больной в течение 2 недель соблюдает диету, исключается из дневного рациона хлеб, картофель, жиры, каши. Разрешаются: кефир, простокваша, кисели, нежирные мясные бульоны, протерты супы, чай.

В связи с тем, что при больших и гигантских послеоперационных грыжах спаечный процесс в брюшной полости приводит к частичной хронической кишечной непроходимости, что сопровождается переполнением и застоем кишечного содержимого, запорами, каловыми завалами, необходимо в течение 5 дней очищение кишечника с помощью очистительных клизм, которые делаются 2 раза в день утром и вечером. За сутки до операции больной пьет только воду.

При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Объем и продолжительность предоперационной подготовки будет определяться состоянием больного, временем от момента ущемления. Когда с момента ущемления прошло 10 часов, у больного налицо острая кишечная непроходимость, наряду с непродолжительной медикаментозной терапией, необходимо введение зонда в желудок и эвакуация его содержимого.

Подготовка к операциям на желудке и тонкой кишке

Особой подготовки не требуют те больные, у которых эвакуация содержимого из желудка не нарушена. Обычно это достигается полным голоданием в день операции, очистительными клизмами накануне вечером и рано утром. Если

эвакуация содержимого из желудка нарушена (сужение выходного отдела желудка, механическая тонкокишечная непроходимость), то необходимо введение желудочного зонда в желудок, эвакуация содержимого, промывание желудка до чистых промывных вод. При большом скоплении содержимого в желудке, которое постоянно поступает из кишечника в желудок у больных с кишечной непроходимостью, зонд, проведенный через носовой ход, оставляют для постоянного дренирования.

У больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной зонд вводится для удаления содержимого из желудка, категорически запрещается промывание желудка.

Подготовка к операциям на ободочной и прямой кишке

Важное место в предоперационной подготовке больных с заболеваниями ободочной кишки занимает тщательная очистка ободочной кишки от содержимого и подавление болезнетворных микроорганизмов, находящихся в ее просвете. При операции на подготовленной «свободной» ободочной кишке, когда вскрывается ее просвет, значительно уменьшается число таких грозных послеоперационных осложнений, как инфицирование брюшины, несостоятельность швов и др.

Диета перед операцией для каждого больного должна быть индивидуальной в зависимости от характера заболевания ободочной кишки, ожирения или истощения, имеющихся осложнений. Пища должна содержать не менее 2500 калорий: отварное мясо, яйца, творог, нежирный протертый суп, соки. Исключаются все продукты, которые содержат большое количество клетчатки. Накануне операции в завтрак и обед больному дают яйца, бульон, мясное суфле, сладкий чай, в ужин больной голодает. 3-4 дня до операции больной получает слабительное. Очистительные клизмы делают, утром и вечером в течение 4-5 дней. Последняя очистительная клизма делается рано утром, затем в прямую кишку на 6-8 см вводится широкая резиновая трубка, для удаления остатков жидкости из кишки. Подготовка прямой кишки необходима в том случае, когда нужно осмотреть прямую кишку изнутри (ректороманоскопия). Мы пользуемся для этого методом, предложенным С. И. Удлером (1971): за 20-30 минут до осмотра делают клизму из 100-150 мл (при запоре 500 мл) воды, подогретой до 37°C. Затем 3 раза больной посещает туалет (последний раз перед осмотром).

ФОРТРАНС

Инновация в подготовке кишечника для: колоноскопии, ирригоскопии, операций на кишечнике.

Состав: Макроголь 4000, безводный натрия сульфат, натрия бикарбонат, натрия хлорид, калия хлорид, натрия сахарин, фруктовый ароматизатор.

Как обычно готовят пациента к процедуре?

- 3 дня диеты, не содержащей продуктов, способствующих газообразованию
- Накануне исследования только завтрак, далее полное голодание
- Днем натошак - касторка 40 мл
- Вечером 2 сифонные клизмы + утром перед исследованием еще 2 сифонные клизмы

Результат:

- в 40-20% случаев подготовка кишки неудовлетворительная
- сама подготовка к процедуре усугубляет и без того болезненное состояние пациента

Преимущества:

- Можно подготовиться к процедуре дома
- Не соблюдать специальную диету
- Накануне можно завтракать, обедать и даже слегка поужинать (слизистая каша, кисель)
- Простота приема (3-4 литра жидкости per os)
- Отсутствие существенных побочных эффектов
- Сознание, что качество его подготовки снизит болезненность и сроки завтрашней процедуры.
- Клизма -болезненная, психологически унижительная процедура
- Клизма - вздутие, колика, урчание, тенезмы

Дозы: Каждый пакет растворяется в 1 литре воды, 3-4 пакетика на 1 прием или отдельно в 2 приема (2х2). Если процедура утром, прием в 15.00 до вечера, накануне. Если после полудня, 2 пакетика вечером и 2 утром.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРОЦЕДУРУ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА СИФОННЫМ МЕТОДОМ ПОВТОРЯЮТ:

- 1) 3 раза;
 - 2) до чистой воды;
 - 3) 10 раз;
 - 4) 5 раз;
 - 5) до окончания приготовленной для процедуры воды;
2. ВВОДЯ ТОЛСТЫЙ ЖЕЛУДОЧНЫЙ ЗОНД, ПОЯВИЛСЯ КАШЕЛЬ, НЕОБХОДИМО:

- 1) зонд извлекают;
- 2) зонд продолжают продвигать глубже;
- 3) больного просят сделать глубокий вдох;
- 4) подают в зонд кислородную смесь;
- 5) больного просят задержать дыхание;

3. ПРОМЫВАЯ ЖЕЛУДОК ЖЕЛУДОЧНЫЙ ЗОНД ВВОДИТСЯ:

- 1) на глубину 25 см;
- 2) на глубину 40 см;
- 3) на максимально возможную глубину;
- 4) на глубину, равную расстоянию от кончика носа до пупка пациента;
- 5) на глубину 60 см;

4. ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛЯНОЙ КЛИЗМЫ ДЕФЕКАЦИЯ НАСТУПАЕТ:

- 1) через 15-20 мин;
- 2) через 10-12 ч;
- 3) через 1 ч;
- 4) через 2-3 ч;
- 5) через 24 ч;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной М., 53 лет, находится на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит. Выполняются ежедневные внутривенные инъекции в верхнюю конечность. Последний раз на месте введения отмечается покраснение и припухлость, при этом сильная боль в руке. Известно, что медсестра при постановке четко не пальпировала вену

Вопрос 1: Перечислите возможные причины развития данного осложнения;

Вопрос 2: Опишите алгоритм выполнения внутривенной инъекции;

Вопрос 3: Назовите меры профилактики данного осложнения;

Вопрос 4: Какие наиболее подходящие места для внутривенных инъекций вы знаете;

Вопрос 5: Как пунктируемые вены можно подразделить;

- 1) Возможно, медсестра либо не попала в вену, либо наоборот проколола её и ввела препарат;
- 2) Выполнение внутривенной инъекции: Положение больного: лежа или сидя, рука разогнута в локтевом суставе. Под сустав подкладывают клеенку и валик. На плечо накладывают «венозный» жгут таким образом, чтобы свободные концы были направлены вверх, петля - вниз, пульс на лучевой артерии при этом не должен изменяться. Больному предлагают сделать несколько сжимающих движений кистью (можно также применять похлопывание в области места пункции, опускание руки вниз, использование местной гипертермии) и зажать ее в кулак. Массажными движениями от кисти к плечу дополнительно нагнетают кровь в вену. При слабых или не контурированных венах можно наложить дополнительный жгут на предплечье около локтевого сустава, на плечо - манжетку тонометра, которую раздувают воздухом, выдавливая кровь из мышц плеча в вены локтевой ямки. Проводят обработку места инъекции двумя ватными шариками со спиртом. Одной рукой (у правой - левой) фиксируют кожу в области пункции, натянув левой рукой кожу в области локтевого сгиба. Пункцию производят или свободной иглой, или присоединенной к шприцу по направлению тока крови. Иглу вводят на 1/3 длины параллельно вене срезом вверх. Осторожно меняют направление иглы, пунктируя вену. Проникновение в вену определяется поступлением крови в иглу или шприц, после чего иглу продвигают вглубь на 1-2 мм, снимают жгут и просят больного разжать кисть. Подсоединяют шприц и производят инъекцию. Препараты вводят медленно (за исключением тех ситуаций, когда показано струйное введение растворов), наблюдая за состоянием больного. После удаления иглы, место вкола иглы обрабатывают антисептиком, накладывают шарик со спиртом, который больной самостоятельно удерживает в течение 5-7 минут, сгибая локоть, или его укрепляют давящей повязкой. Через 5-7 минут ватный шарик у пациента забирают, сбрасывают его в дезинфицирующий раствор, снимают перчатки и также сбрасывают их в дезинфицирующий раствор, моют руки;
- 3) Соблюдение правил постановки внутривенных инъекции;
- 4) Для внутривенных инъекций чаще используют расположенную поверхностно, малоподвижную локтевую вену; реже — лучевую и локтевую подкожные вены, а также вены тыльной поверхности кисти;
- 5) В зависимости от того, насколько четко вена просматривается под кожей и пальпируется, выделяют три типа вен: • 1-й тип - хорошо контурированная вена (хорошо просматривается, выступает над кожей, объемна), что встречается наиболее часто. • 2-й тип - слабо контурированная вена (хорошо просматривается, но не выступает над кожей), наблюдается примерно в 1/3 случаев. • 3-й тип - не контурированная вена (не просматривается, пальпируется в глубине подкожной клетчатки, или вообще не просматривается);

2. Больная И., 36 лет, была назначена плановая операция. За 12 часов до операции больная не принимала пищу и

вечером накануне операции ей поставили очистительную клизму. Утром перед операцией пациентке провели премедикацию

Вопрос 1: Какие мероприятия были пропущены при подготовке к операции;

Вопрос 2: Какие осложнения возможны при данной ситуации;

Вопрос 3: Для чего необходима утренняя клизма;

Вопрос 4: Как проводится подготовка операционного поля;

Вопрос 5: Дайте понятие премедикации;

1) Были пропущены: постановка клизмы и подготовка операционного поля;

2) После операции в месте раны могут образоваться нагноения т.к. операционное поле не было подготовлено, также если операцию делали в брюшной полости, то в месте разреза кишечника тоже может образоваться нагноение из-за излишних образований в кишечнике перед операцией;

3) Накануне операции больному назначается очистительная клизма. Целью опорожнения кишечника является профилактика непроизвольной дефекации на операционном столе. Кроме того, после ряда оперативных вмешательств развивается послеоперационный парез кишечника, и наличие большого количества содержимого будет способствовать его усугублению;

4) Подготовка операционного поля является одним из важных элементов профилактики контактной инфекции. Перед плановой операцией осуществляется полная санитарно-гигиеническая обработка больного. Утром в день операции медицинская сестра сухим способом сбривает волосной покров в области операционного доступа, так как наличие волос затрудняет обработку кожи антисептиками и может послужить одним из факторов развития инфекционных осложнений. Бритье области операционного поля производится только в день операции, но не ранее. Это связано с тем, что при бритье возникают незначительные повреждения кожи (ссадины), которые могут инфицироваться;

5) Премедикация Основные задачи премедикации: снижение эмоционального возбуждения; снижение реакций на внешние раздражители и нейровегетативная стабилизация; создание оптимальных условий для действия анестетиков; профилактика аллергических реакций на лекарственные средства, используемые для наркоза; снижение секреции желез. Для проведения премедикации используют снотворные средства, транквилизаторы, нейролептики, антигистаминные средства, наркотические анальгетики, холинолитические препараты;

3. Больной Б., 58 лет, в экстренном порядке доставлен в приёмное отделение хирургического стационара с признаками перитонита, и срочно был транспортирован в операционную. Известно, что больной не следил за личной гигиеной, в приёмном отделении проверка на педикулёз и чесотку не проводилась

Вопрос 1: Какие обязанности медсестры были нарушены;

Вопрос 2: Какие осложнения возможны как у самого больного, так и его соседей по палате;

Вопрос 3: Перечислите обязанности медицинской сестры приемного отделения;

Вопрос 4: Какие Вы знаете обязанности врача приемного отделения;

Вопрос 5: Как поступить с нательными вещами больного педикулёзом;

1) Проверка больного на педикулёз и кожных покровов;

2) Нарушение санитарно-эпидемиологических норм;

3) Оформление медицинской карты на каждого госпитализируемого больного (заполнение титульного листа, указание точного времени поступления пациента, диагноз направившего лечебного учреждения); осмотр кожных покровов и волосистых частей тела для выявления педикулеза (вшивости), измерение температуры тела; выполнение назначений врача;

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

5) Снимают всю одежду, складывают в отдельный пакет и затем вещи вместе с пакетом сжигаются;

4. Палатная медсестра перед операцией больному провела премедикацию, назначенную анестезиологом. После этого, повела его в операционную

Вопрос 1: Подумайте, какую ошибку допустила палатная медсестра;

Вопрос 2: Предположите, что могло произойти с пациентом;

Вопрос 3: Назовите вид санитарной обработки больного перед плановой операцией;

Вопрос 4: Назовите вид санитарной обработки больного перед экстренной операцией;

Вопрос 5: Что такое предоперационная подготовка;

1) После премедикации больного в операционную необходимо доставлять лёжа на каталке;

2) Под действием лекарственных препаратов у него может быть нарушена координация движений и больной, потеряв равновесие может травмироваться;

3) Полная санитарная обработка;

4) Частичная санитарная обработка;

5) Это система мероприятий, направленных на профилактику интра- и послеоперационных осложнений;

5. В приёмный покой был доставлен скорой помощью больной К., 30 лет, после автомобильной аварии. У пострадавшего открытая рана живота и он отправлен на экстренную операцию

Вопрос 1: Опишите, как проходит подготовка к экстренной операции;

Вопрос 2: Как проходит подготовка к операции в предоперационной;

Вопрос 3: Кто проводит подготовку операционного белья и перевязочного материала;

Вопрос 4: Какие Вы знаете виды уборок в операционной;

Вопрос 5: Что входит в уборку операционной после каждой операции;

- 1) 1) Минимум лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи, группа крови и резус-фактор). 2) Частичную санитарную обработку (обтирание загрязнённых участков тела). 3) Больному снимают зубные протезы, кольца, часы. 4) Снимают весь макияж и лак с ногтей. Макияж не позволяет оценить истинный цвет кожи, что может затруднить оценку газообмена. 5) Откачивание содержимого желудка (если больной недавно принимал пищу и операция будет проводиться под наркозом). 6) Бритьё операционного поля. 7) Премедикацию. 8) Транспортировку больного в операционную на каталке;
- 2) 1) Надевают бахилы. 2) Из бикса достают стерильную шапочку и надевают, затем достают стерильную маску и надевают её, завязывая поверх шапочки завязки, затем достают стерильную салфетку. 3) Стерильной салфеткой моют под краном руки с мылом и обрабатывают антисептиком;
- 3) Операционная медсестра;
- 4) 1) Предварительная уборка проводится перед началом рабочего дня; 2) Текущая уборка проводится во время операции; 3) Уборка операционной после каждой операции; 4) Заключительная уборка проводится в конце рабочего дня; 5) Генеральная уборка проводится один раз в неделю;
- 5) Вынос всех отработанных материалов, обработка операционного стола, смена белья на операционном столе, при необходимости — мытьё полов, горизонтальных поверхностей, подготовка инструментов для следующих операций;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

1. Тема № 7. Техника манипуляций по уходу за хирургическими больными. Основы десмургии.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): процент больных с заболеваниями органов брюшной полости ежегодно возрастает, возрастает число оперативных вмешательств, вопросы предоперационной подготовки очень важны, это залог снижения осложнений в послеоперационном периоде

3. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь обрабатывать руки на гигиеническом уровне, измерять пульс на лучевой артерии, измерять артериальное давление на лучевой артерии, определять частоту дыхательных движений, измерять температуру тела в подмышечной впадине, определять суточный диурез, выполнять постановку очистительной клизмы, **владеть** техникой промывания желудка, техникой катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Десмургия — учение о повязках и способах их наложения.

Повязка – средство длительного лечебного воздействия на рану, патологический очаг или часть организма больного с использованием различных материалов и веществ путем их удержания на необходимом участке тела пациента.

Перевязка - лечебно-диагностическую процедура, заключающаяся в снятии старой повязки, выполнении профилактических, диагностических и лечебных манипуляций в ране и наложении новой повязки. Для выполнения перевязки нужны соответствующие показания.

Показания к перевязке:

1. Первые сутки после операции. Необходимость перевязки через сутки после выполнения операции связана с тем, что при наличии любой раны (даже, казалось бы, герметично зашитой) нижние слои марли всегда за первые сутки промокают сукровицей, так как ещё не произошло склеивание фибрином краёв раны. Сукровица — хорошая питательная среда для микроорганизмов. Назначение перевязки на первые сутки после операции профилактическое — снятие промокшего перевязочного материала и обработка краёв раны антисептиками для предупреждения инфекционных осложнений.
2. Необходимость выполнения диагностических манипуляций в ране, контроль течения процесса заживления.
3. Необходимость лечебных манипуляций: снятие швов, удаление дренажа, иссечение некротических тканей, промывание антисептиками, остановка кровотечения, введение лекарственных средств.
4. Невыполнение повязкой своих функций (иммобилизирующая повязка не обеспечивает неподвижность, гемостатическая повязка не останавливает кровотечение, окклюзионная повязка не создаёт герметичность и т.д.).
5. Промокание повязки. Повязка, промокшая раневым отделяемым или кровью, не выполняет своей функции и является проводником для вторичной инфекции.
6. Повязка сместилась с места наложения.

Снятие повязки.

При снятии старой повязки следует исходить из двух основных принципов: минимум неприятных ощущений для больного и соблюдение норм асептики.

Для безболезненного снятия повязки следует аккуратно отклеивать марлю, придерживая при этом кожу вокруг (при клеевых повязках), не оказывать давления на область раны, не совершать резких движений. При присыхании повязки к обширным ранам в ряде случаев производят её отмачивание растворами антисептиков (3% перекись водорода, 2-3% борная кислота и пр.).

Снятие верхних нестерильных слоев повязки (бинт, марля) осуществляют руками в перчатках (все процедуры в перевязочной выполняются в резиновых перчатках!). После этого снять стерильный перевязочный материал, непосредственно контактирующий с раной, так же как и производить все дальнейшие манипуляции с раной, можно только стерильным инструментом. Использованный во время перевязки материал сбрасывают в почкообразный тазик, а после её окончания из тазика — в специальные баки для утилизации, в то время как сам тазик и использованные инструменты помещают в накопитель для дезинфекции.

Выполнение манипуляций в ране.

После снятия старой повязки приступают непосредственно к выполнению манипуляций в ране.

Обязательный компонент любой перевязки — меры по профилактике её вторичного инфицирования. Для этого края кожи вокруг раны обрабатывают антисептиком. Обычно для этого используют этиловый спирт, спиртовой раствор

йода, бриллиантовый зелёный. При этом обработку производят достаточно широко: на 3—5 см от краёв раны с обязательной обработкой всех швов, а также дренажей на протяжении 5 см от поверхности кожи. В некоторых случаях для изоляции раны от внешней среды используют специальные клеи (фибриновый клей, коллодий).

Если назначение перевязки заключается только в профилактике вторичной инфекции, после указанной обработки накладывают защитную асептическую повязку.

Диагностические манипуляции

Диагностические манипуляции в ране проводят для контроля течения послеоперационного периода.

Наиболее часто возникает необходимость оценки выраженности воспалительного процесса в ране. При этом оценивают наличие и распространённость отёка, гиперемии, болезненности, инфильтрации тканей. Пальпацию раны осуществляют осторожно, не касаясь краёв раны.

Выполнение перевязки особенно важно при наличии у больного в послеоперационном периоде длительной лихорадки и признаков интоксикации, так как эти симптомы могут быть связаны с развитием гнойных осложнений в послеоперационной ране.

При подозрении на задержку в ране жидкости (серозная жидкость, кровь или гнойный экссудат) возможно проведение инструментальной ревизии раны. Обычно для этого используют пуговчатый зонд, который аккуратно проводят между швами в наиболее подозрительном месте.

При получении отделяемого в месте введения зонда дальнейшие лечебные действия предпринимают в зависимости от его характера.

В некоторых случаях вместо зондирования снимают швы и разводят края раны.

Диагностические мероприятия могут иметь специальную направленность в связи с характером выполненной операции. Так, при пересадке кожи, например, возникает необходимость оценить степень приживления, наличие некрозов и т.д.

Лечебные манипуляции могут быть самыми разнообразными, что связано с разным характером раны. Наиболее частыми являются снятие швов, удаление или постановка дренажей, удаление некротизированных тканей, опорожнение серомы или гематомы, разведение краёв раны для оттока гнойного отделяемого, промывание раны, местное применение лекарственных средств (введение антибиотиков в дренажи, введение в рану смоченных лекарственными растворами тампонов и салфеток и т.д.).

Классификация по виду перевязочного материала

Выделяют следующие виды повязок:

- повязки из марли;
- повязки из тканей;
- гипсовые повязки;
- шинирование;
- специальные повязки (цинк-желатиновая повязка при лечении трофических язв и пр.).

Классификация по назначению

Классификация по назначению связана с функцией, которую должны выполнять повязки.

- Защитная (или асептическая) повязка. Назначение — профилактика вторичного инфицирования раны.
- Лекарственная повязка. Назначение — обеспечение постоянного доступа к ране лекарственного вещества, которым обычно смочены нижние слои повязки.
- Гемостатическая (или давящая) повязка. Назначение — остановка кровотечения.
- Имobilизирующая повязка. Назначение — обездвиживание конечности или её сегмента.
- Повязка с вытяжением. Назначение — вытяжение костных отломков.
- Корригирующая повязка. Назначение — устранение деформаций.
- Окклюзионная повязка. Назначение — герметизация раны при ранениях груди с открытым пневмотораксом.

Классификация по способу фиксации перевязочного материала

Классификация по способу фиксации перевязочного материала представляет деление всех повязок на две группы: небинтовые и бинтовые.

Безбинтовые повязки:

- клеевая;
- лейкопластырная;
- косыночная;
- пращевидная; Т-образная;
- повязка из трубчатого эластического бинта (ретиласт и пр.).

Бинтовые повязки:

- циркулярная;
- спиральная;
- ползучая;
- крестообразная (восьмиобразная);
- черепашья (сходящаяся и расходящаяся);
- возвращающаяся;
- колосовидная;
- повязка Дезо;
- повязка на голову;
- шапочка Гиппократы;
- чепец;
- моно-и бинокулярная.

Бинтовые повязки

Общие правила бинтования

Наложение бинтовых повязок имеет ряд преимуществ: они обеспечивают более надёжную фиксацию перевязочного материала при повреждениях в области конечностей, особенно на подвижных частях — в области суставов; не вызывают аллергических реакций, легко модифицируются, позволяют усиливать давление (давящая повязка). В то же время наложение повязок на туловище (грудную клетку и живот) требует большого количества бинтов и достаточно неудобно для пациента.

При наложении бинтовых повязок следует придерживаться общих правил бинтования, которые можно условно разделить на правила, касающиеся положения хирурга и пациента, и непосредственно технику бинтования.

Положение хирурга и пациента

1. Хирург должен находиться лицом к больному, чтобы видеть проявление его эмоций (реакция на неприятные ощущения, гримаса на боль, внезапное ухудшение состояния).
2. Бинтуемая часть тела должна находиться на уровне груди хирурга (при необходимости пациента следует посадить или уложить, положить стопу на специальную подставку и пр.).
3. Пациент должен находиться в удобном положении.
4. Часть тела (конечность), на которую накладывают повязку, должна быть неподвижной. При наложении повязки на голень, например, больного усаживают, а стопу кладут на табурет; при наложении повязки на кисть пациента усаживают, а верхнюю конечность опирают локтем на столик. Возможно использование специальных подставок.
5. Конечности, на которую накладывают повязку, следует придать функционально выгодное положение. Это подразумевает положение, в котором уравновешено действие мышц-антагонистов (сгибателей и разгибателей), а кроме того, возможно максимальное использование функций конечности (для верхней конечности — хватательной, а для нижней — опорной). В соответствии с этим функционально выгодным для верхней конечности считают следующее положение: плечо приведено, свободно свисает вниз и ротировано кнутри; в локтевом суставе сгибание 90° и среднее положение между пронацией и супинацией; кисть в положении тыльного сгибания на $10-15^\circ$, пальцы полусогнуты, а первый палец противопоставлен остальным (иногда в кисть при этом вкладывают своеобразный шар из марли или ваты). Функционально выгодное положение для нижней конечности: в тазобедренном и коленном суставах — разгибание (180°), в голеностопном — сгибание (90°).

Техника бинтования

1. Необходимо выбрать соответствующий размер бинта (при повязке на палец — 5—7 см шириной, на голову — 10 см, на бедро — 14 см и т.д.).
2. Повязку накладывают от периферии к центру, от неповреждённого участка — к ране.
3. При наложении повязки головка бинта должна находиться в правой руке, полотно — в левой. Головка бинта

должна быть открытой, что способствует равномерному ровному раскатыванию бинта. Свободная длина полотна не должна превышать 15—20 см.

4. Любую повязку начинают с наложения циркулярных туров (тур — оборот бинта) для закрепления начала бинта.
5. Туры бинта накладывают слева направо (по отношению к бинтующему), при этом каждый последующий тур обычно перекрывает предыдущий.
6. При наложении повязки на конические участки конечности следует делать перегибы бинта.
7. Фиксировать (завязывать) концы бинта не следует на области раны, на сгибательных и опорных поверхностях.

Готовая бинтовая повязка должна удовлетворять следующим требованиям:

- повязка должна надёжно выполнять свою функцию (фиксация перевязочного материала на ране, иммобилизация, остановка кровотечения и др.);
- повязка должна быть удобной для больного;
- повязка должна быть красивой, эстетичной.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КАК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПОВЯЗКИ:

- 1) меняется только в присутствии врача;
- 2) первая перевязка - через сутки после операции;
- 3) использование стерильного перевязочного материала;
- 4) замена повязки при промокании;
- 5) контроль отделяемого из раны;

2. ОКАЗЫВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ, ПОЛУЧИВШЕМУ ТРАВМУ КЛЮЧИЦЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- 1) шину Крамера;
- 2) гипсовую лонгету;
- 3) повязку Дезо;
- 4) колосовидную повязку;
- 5) Шину Еланского;

3. К МЯГКИМ ПОВЯЗКАМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) косыночная повязка;
- 2) гипсовая повязка;
- 3) шина Крамера;
- 4) аппарат Илизарова;
- 5) пращевидная повязка;

4. ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) шина Крамера;
- 2) шина Кузьминского;
- 3) шина Белера;
- 4) шина ЦИТО;
- 5) повязка Дезо;

5. ЛЕЙКОПЛАСТЫРНЫЕ ПОВЯЗКИ ОТНОСЯТСЯ К:

- 1) клеевым;
- 2) давящим;
- 3) твердым;
- 4) жидким;
- 5) бинтовым;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Велосипедист, уворачиваясь от столкновения с внезапно выехавшим на дорогу автомобилем, не справился с управлением и упал на вытянутую руку. Доставлен в травмпункт. При осмотре выявлены локальная болезненность, припухлость, деформация в области ключицы, кровоизлияние и укорочение надплечья справа, плечо опущено и смещено кпереди. Больной удерживает левой рукой предплечье и локоть поврежденной конечности, прижимая ее к туловищу, движения в плечевом суставе ограничены из-за боли

Вопрос 1: Следует ли проводить санобработку больной К. в полном объеме;

Вопрос 2: Необходима ли постановка зонда в желудок и эвакуация его содержимого;

Вопрос 3: Можно ли проводить промывание желудка у больных с прободной язвой желудка;

Вопрос 4: Какие мероприятия необходимо осуществить в послеоперационном периоде;

Вопрос 5: Что, по Вашему мнению, могло способствовать появлению прободной язвы у больной К.;

1) Нет, санобработка проводится в полном объеме только у тех больных, у которых позволяет общее состояние. У больной К. она выполняется только частично;

2) Да, так как больная недавно принимала пищу, если не опорожнить желудок от содержимого, то во время

дачи наркоза может возникнуть рвота и рвотные массы могут попасть в дыхательные пути;

3) Нет, категорически запрещается;

4) Первые 10 дней постельный режим, отдых, сон, так же необходимо выполнять дыхательную и лечебную гимнастику, полноценное питание, все это предупреждает развитие осложнений и ускоряет процессы регенерации;

5) Неправильное питание, употребление алкоголя, эмоциональное и физическое перенапряжение;

2. В больницу самостоятельно обратилась полная пациентка В., 53 лет, с грыжей на брюшной стенке. Врач осмотрел ее и назначил день операции

Вопрос 1: Чем будет определяться продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки;

Вопрос 2: Какие процедуры будет необходимо провести больной В., если врач определил у нее неосложненную грыжу при отсутствии сопутствующих заболеваний;

Вопрос 3: Как будет осуществляться предоперационная подготовка у больной В., если врач определил наличие гигантской грыжи;

Вопрос 4: В течение скольких недель перед операцией следует соблюдать диету? Что исключается из рациона;

Вопрос 5: Что следует предпринять врачу при выявлении ущемления грыжи;

1) От размера грыжи, от наличия или отсутствия осложнений, от сопутствующих заболеваний;

2) В специальной подготовке такая больная нуждаться не будет, вечером накануне операции необходимо сделать очистительную клизму, утром запрещен прием пищи и воды;

3) Необходимо достичь адаптации больного к перемещению значительного объема кишечника из грыжевого мешка в брюшную полость, чтобы добиться постепенного привыкания больного к увеличению внутрибрюшного давления. Больной находится в горизонтальном положении, грыжа вправляется в брюшную полость, затем производят бинтование живота матерчатой лентой, ориентируясь на состоянии дыхания больного и его самочувствие. Брюшная стенка должна быть забинтована так, чтобы при переходе больного в вертикальное положение, содержимое брюшной полости не выходило наружу. На ночь бинт снимается, утром живот вновь фиксируется матерчатой лентой. На такую подготовку требуется 15-20 дней, и ее больной начинает делать задолго до операции в домашних условиях;

4) В течение 2 недель соблюдают диету, исключая из дневного рациона хлеб, картофель, жиры, каши.

Разрешаются: кефир, простокваша, кисели, нежирные мясные бульоны, протертые супы, чай;

5) Необходима экстренная операция. Объем и продолжительность предоперационной подготовки будет определяться состоянием больного, временем от момента ущемления. Когда с момента ущемления прошло 10 часов, у больного на лицо острая кишечная непроходимость, наряду с непродолжительной медикаментозной терапией, необходимо введение зонда в желудок и эвакуация его содержимого;

3. У больного М., 45 лет, перенесшего операцию на предстательной железе, в послеоперационном периоде наблюдается выделение мочи, имеющей интенсивно-красный цвет, содержащей сгустки крови, что сочетается с падением артериального давления, учащением пульса, бледностью кожных покровов. В первые часы и дни после операции больного беспокоят болезненные ложные позывы на мочеиспускание вследствие самой операции и раздражения стенки пузыря дренажной трубкой

Вопрос 1: Какие кровоостанавливающие медикаментозные средства следует использовать при выделении мочи, имеющей интенсивно-красный цвет;

Вопрос 2: Что следует делать, если кровоостанавливающие медикаментозные средства не смогли остановить кровотечение;

Вопрос 3: Что может произойти, если больной при болезненных ложных позывах на мочеиспускание начнет тужиться и пытаться мочиться;

Вопрос 4: Через какое время после операции следует удалить дренаж;

Вопрос 5: К чему могут привести выполнения клизм, введения газоотводных трубок и прочие ректальные процедур;

1) 10 % раствор хлорида кальция внутривенно, викасол, 10 % раствор желатина внутримышечно;

2) Следует провести оперативное вмешательство (раскрытие раны мочевого пузыря, наложение швов на кровоточащие сосуды ложа предстательной железы, тампонада его);

3) Может увеличиться опасность кровотечения из ложа предстательной железы;

4) Через 24-48 ч после операции;

5) Эти вмешательства, оказывая давление на стенку прямой кишки, могут вызвать или усилить кровотечение из ложа предстательной железы;

4. В больницу поступил больной Г., 38 лет. В ходе обследования у него было выявлено заболевание ободочной и прямой кишки, назначена операция

Вопрос 1: Расскажите о предоперационной подготовке такого больного к операции. Что необходимо сделать;

Вопрос 2: Подумайте, какая должна соблюдаться диета перед операцией;

Вопрос 3: Какое положение необходимо придать больному после операции;

Вопрос 4: Расскажите, какие клизмы нужно делать и в какое время;

Вопрос 5: Каким методом пользуются при необходимости осмотра прямой кишки (т.н. ректороманоскопии);

1) Тщательная очистка ободочной кишки от содержимого и подавление болезнетворных организмов, находящихся в ее просвете;

- 2) Диета перед операцией для каждого больного должна быть индивидуальной в зависимости от характера заболевания ободочной кишки, ожирения или истощения, имеющихся осложнений. Пища должна содержать не менее 2500 калорий: отварное мясо, яйца, творог, нежирный протертый суп, соки. Исключаются продукты, которые содержат большое количество клетчатки. Накануне операции в завтрак и обед дают яйца, бульон, мясное суфле, сладкий чай, в ужин больной голодает;
- 3) . 1) Положение на спине (наиболее часто). С целью профилактики аспирации рвотными массами, гипоксии мозга в течение первых 2 часов больной лежит на кровати без подушки. 2) Положение Фаулера (полусидячее) – применяется в основном после операций на органах желудочно-кишечного тракта. Данное положение выгодно при необходимости качественного дренирования брюшной полости, так как жидкость скапливается в нижних отделах брюшной полости и легко может быть выведена через дренажи;
- 4) Очистительные клизмы делают утром и вечером в течение 4-5 дней. Последняя очистительная клизма делается рано утром, затем в прямую кишку на 6-8 см вводится широкая резиновая трубка, для удаления остатков жидкости из кишки;
- 5) Пользуются методом, предложенным С.И. Удлером. За 20-30 минут до осмотра делают клизму из 100-150 мл (при запоре 500 мл) воды, подогретой до 37 градусов. Затем 3 раза больной посещает туалет (последний раз перед осмотром);
5. В больницу в бессознательном состоянии доставлен человек (состояние тяжелое) на вид 30-35 лет. Врач, после осмотра, установил у неизвестного острый аппендицит

Вопрос 1: К какому типу операций будет относиться эта операция? Расскажите об особенностях предоперационной подготовки больного при экстренной операции;

Вопрос 2: В течение, какого времени должна быть сделана эта операция;

Вопрос 3: Каким образом необходимо осуществить промывание желудка у больного в бессознательном состоянии;

Вопрос 4: Как будет проводиться обработка операционного поля во время операции;

Вопрос 5: Какое положение необходимо придать больному после операции;

1) Экстренная операция. Необходимо промыть желудок с помощью желудочного зонда. Очистительные клизмы с целью опорожнения кишечника не выполняются (при острых заболеваниях органов брюшной полости клизмы противопоказаны, так как повышение внутрикишечного давления может привести к разрыву стенки кишки). Полная санитарно-гигиеническая обработка больного не проводится;

2) Экстренные операции выполняются сразу после постановки диагноза или не позднее 2 часов с момента поступления больного в стационар;

3) Если больной находится в бессознательном состоянии, то можно промыть желудок с помощью тонкого зонда, введенного в желудок через нижний носовой ход. Предварительно на зонде делают еще 2-3 дополнительных отверстия. Больного кладут с наклоном туловища вниз, голову поворачивают набок. Тампоном удаляют изо рта и полости носа слизь и рвотные массы, вводят зонд. Эвакуируют шприцем содержимое и убеждаются, что зонд находится в желудке. Далее по зонду шприцем вводят в желудок воду и шприцем же эвакуируют ее обратно;

4) Если промывание желудка проводилось по поводу отравления, то в конце проведения процедуры через зонд вводят солевое слабительное (например, 60 мл, раствора сульфата магния). 1) Обработка широкой области, а не только зоны в проекции предстоящего разреза (для обеспечения дополнительной стерилизации, в том числе в случаях, когда во время операции требуется внеплановое расширение операционного доступа) 2) Обработка операционного поля проводят по принципу: «от центра к периферии». 3) Более загрязненные участки обрабатывают в последнюю очередь. 4) Соблюдение правила Филончикава - Гроссига - многократность обработки кожных покровов: обработка кожи перед ограничением операционного поля стерильным бельем; обработка непосредственно перед разрезом; по показаниям – обработка по ходу операции; обработка до и после наложения кожных швов;

5) Положение на спине (наиболее часто). С целью профилактики аспирации рвотными массами, гипоксии мозга в течение первых 2 часов больной лежит на кровати без подушки. 2) Положение Фаулера (полусидячее) – применяется в основном после операций на органах желудочно-кишечного тракта. Данное положение выгодно при необходимости качественного дренирования брюшной полости, так как жидкость скапливается в нижних отделах брюшной полости и легко может быть выведена через дренажи;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 8. Уход за больными после операций на лице, голове и шеи.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): от практического освоения манипуляционных навыков во многом зависит благоприятное течение послеоперационного периода. Несвоевременное, грубое выполнение манипуляций может повлечь за собой серьезные, порой необратимые осложнения. Поэтому освоение практических навыков и приобретение опыта является одной из главных задач всего курса ухода за хирургическими больными

3. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, осуществлять транспортировку больного внутри учреждения, измерять пульс на лучевой артерии, измерять артериальное давление на лучевой артерии, определять частоту дыхательных движений, измерять температуру тела в подмышечной впадине, проводить наружный туалет промежности, **владеть** способами транспортировки больного внутри учреждения, навыками ухода за кожей тяжелобольных, техникой катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

В связи с тем, что у больных с заболеваниями лица, ротовой полости, шеи нарушается акт жевания и затрудняется самоочищение ротовой полости, уход за ними имеет ряд особенностей. Во избежание проглатывания и аспирации слизи, крови и некротических масс следует с первых дней придавать больным полусидячее положение.

Рекомендуется частое поворачивание для предупреждения застойных явлений в легких и развития пневмонии. Больные должны быть обеспечены специальными резиновыми мешочками или слюноприемниками, а грудь закрывать клеенкой.

Кроме обычных перевязок, необходимо систематическое промывание полости рта слабыми растворами дезинфицирующих средств.

Промывание может быть осуществлено из шприца, резинового баллона или кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и стерильным стеклянным наконечником. При промывании полости рта под подбородок подставляют лоток или тазик, угол рта оттягивают шпателем и струей жидкости под умеренным давлением промывают сначала преддверие рта, а затем собственно полость рта. Особенно тщательно надо промывать складки, углубления и ниши полости рта. Промывание производят 4-5 раз в день до и после приема пищи. Для этого используются раствор пищевой соды (1 чайная ложка на стакан воды), 0,5-0,3 % раствор марганцево-кислого калия, раствор фурацилина 1:5000. Кроме того, марлевыми шариками, пропитанными раствором перекиси водорода, следует по возможности очищать межзубные промежутки.

Особое внимание уделяют больным после шинирования (при переломах челюстей). Наряду с уходом за полостью рта необходимо обеспечить наблюдение за состоянием проволочных шин. После обработки рта струей жидкости следует тщательно очистить шины и шейки зубов от застрявших между ними, а также между шиной и лигатурами пищевых частиц. Удобнее всего делать это деревянными палочками с ватой на конце, пропитанной раствором перекиси водорода. Больным назначают жидкую, полужидкую и сливкообразную высококалорийную пищу с достаточным количеством витаминов. Необходимо стремиться, чтобы больные принимали пищу через рот. Для этой цели используют специальные поильники, снабженные длинным носиком. На носик надевают резиновую трубку длиной 20-25 см. При кормлении голова больного должна быть несколько приподнята. Резиновую трубку вводят в рот и по спинке языка подводят к корню языка и зеву. Периодически сжимая резиновую трубку, регулируют поступление жидкой пищи небольшими порциями, чтобы больной не захлебнулся.

При двухчелюстном шинировании, когда обе челюсти находятся в сомкнутом состоянии, резиновую трубку проводят через дефект в зубном ряду или позади последнего коренного зуба в ротовую полость.

Только очень тяжелых больных кормят через зонд, введенный через носовой ход в верхний отдел пищевода.

Если больной находится в тяжелом состоянии, при поражении головного мозга и травмах головы на первое место выступают потеря сознания, нарушение психики и другие нарушения деятельности центральной нервной системы. Учитывая эти особенности, организуют уход за больным.

Техника введения желудочного зонда: желудочный зонд перед введением прокипятить в стерилизаторе в течение 20-30 минут, затем кончик зонда смазывается глицерином или водой и осторожно вводится через носовой ход до корня языка, больному предлагается осторожно производить глотательные движения. Таким образом, зонд без особых усилий проводится до отметки 40 см, что указывает на нахождение последнего в желудке. Кормление осуществляется с помощью шприца Жане. Вводится жидкая пища (сырые яйца, бульон, кисель).

Общий уход в послеоперационном периоде осуществляется, как и за всеми послеоперационными больными (туалет лица, обработка борным или камфорным спиртом кожных покровов, дыхательная гимнастика, регулярная смена белья). Контроль АД, пульса, диуреза, фумация ЖКТ.

Больные, оперированные по поводу тиреотоксического зоба, особенно неустойчивы, неуравновешенны, и в послеоперационный период их следует ограждать от какого бы, то ни было напряжения. Наиболее удобным положением после операции на щитовидной железе является полусидячее с несколько наклоненной вперед головой для расслабления мышц шеи. Дежурная сестра наблюдает за общим состоянием больного, окраской кожных

покровов, частотой, наполнением и ритмом пульса, показателями артериального давления, состоянием повязки.

Сестра, ухаживающая за пациентом, оперированным по поводу тиреотоксического зоба, должна иметь наготове прокипяченные шприцы и необходимые медикаменты: камфору, кордиамин, строфантин, глюкозу, гидрокортизон, стерильную систему для внутривенного и подкожного введения жидкости, переливания крови, баллон с кислородом.

Кожа больных тиреотоксическим зобом нежная, тонкая, и нередко после операции возникает раздражение ее от смазывания йодом, клеолом. В таких случаях хорошо смазывать кожу вазелином и другими индифферентными мазями.

В ближайшие часы после операции у больного может развиваться состояние острого тиреотоксикоза, которое проявляется нарастающим беспокойством, возбуждением, покраснением лица, усилением дрожания рук, тела, учащением пульса, иногда аритмией, повышением температуры. Сестра немедленно сообщает об этом врачу и активно включается в оказание помощи.

Иногда у таких больных после операции возникают болезненные судороги конечностей, лица. Они появляются в результате травмы или удаления околощитовидных желез, которые регулируют обмен кальция. Назначают внутривенное введение хлористого кальция (10 мл 10% раствора 2-3 раза в день). Одновременно назначают раствор хлористого кальция внутрь по столовой ложке 3-4 раза в день

Важно фиксировать внимание на звучности голоса: осиплость — признак операционной травмы возвратного нерва.

Трахеостому, или трахеальный свищ, накладывают при наличии препятствий, расположенных выше голосовых связок. Ее применяют как одно из эффективных средств борьбы с дыхательной недостаточностью. Основная задача при уходе за таким больным — поддержание проходимости трахеи и трахеотомической трубки.

Трубка может заполняться слизью, что будет затруднять дыхание, поэтому в палате около больного должен находиться отсасывающий аппарат; чтобы в любой момент с его помощью можно было быстро удалить содержимое трахеи стерильным резиновым эластическим катетером, проведенным через трахеотомическую трубку. При отсасывании из трахеобронхиального дерева надо обязательно пользоваться только стерильным катетером во избежание инфицирования.

При трахеостоме больной не может разговаривать, что нередко пугает его, поэтому нужно заранее предупредить его о том, что отсутствие голоса — явление временное, а также научить больного разговаривать, закрывая при этом наружное отверстие трахеотомической трубки пальцем.

Ухаживающему персоналу нужно иметь в виду возможные осложнения после трахеостомы. Главное из них — развитие подкожной эмфиземы, которая может возникнуть в тех случаях, когда трахеотомическая трубка неплотно фиксирована к окружающим тканям или вскоре после операции при движении больного выпала из трахеи, и воздух при вдохе нагнетается в мягкие ткани, распространяясь по фасциальным щелям. Окружность шеи увеличивается, лицо становится одутловатым. Сестра должна указать на это врачу с тем, чтобы были приняты меры, направленные на прекращение дальнейшего поступления воздуха в мягкие ткани

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ БРИТЬЕ ВОЛОС В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ:

- 1) за 1-2 дня до операции;
- 2) в день операции;
- 3) за 3-4 дня до операции;
- 4) за неделю до операции;
- 5) время бритья роли не играет;

2. ОБРАБОТКУ РЕСНИЦ И ВЕК НЕОБХОДИМО ДЕЛАТЬ:

- 1) снизу вверх;
- 2) круговыми движениями;
- 3) от внутреннего угла глаза к наружному;
- 4) сверху вниз;
- 5) от наружного угла глаза к внутреннему;

3. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРОЧЕК ИЗ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- 1) вазелиновое масло;
- 2) 3% раствор перекиси водорода;
- 3) 10% раствор камфорного спирта;
- 4) 70% раствор этилового спирта;
- 5) 1% раствор борного спирта;

4. ДЛЯ ПРОТИРАНИЯ РЕСНИЦ И ВЕК МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ:

- 1) 0.02% раствор фурацилина;
 - 2) 5% раствор калия перманганата;
 - 3) 1% раствор борного спирта;
 - 4) 3% раствор перекиси водорода;
 - 5) 1% раствор салицилового спирта;
5. КОЖУ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ НЕОБХОДИМО ЕЖЕДНЕВНО ПРОТИРАТЬ:

- 1) 96% раствором этилового спирта;
- 2) 10% раствором калия перманганата;
- 3) 10% раствором камфорного спирта;
- 4) 10% раствором нашатырного спирта;
- 5) 10% раствором фурацилина;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Младшая медсестра во время уборки палаты случайно укололась использованной инъекционной иглой

Вопрос 1: Объясните, что ей необходимо предпринять в данной ситуации;

Вопрос 2: Опишите последовательность её дальнейших действий;

Вопрос 3: Каким антисептиком можно обработать руки;

Вопрос 4: Дайте определение понятиям асептика и антисептика;

Вопрос 5: Перечислите биологические жидкости, в которых содержится вирус СПИДа;

1) Младшая медсестра должна воспользоваться средствами из аварийной аптечки, находящейся в хирургическом отделении;

2) Она должна: • Быстро снять перчатки • Выдавить кровь из места укола, если её нет, или не останавливать кровотечение в течение 1-2 мин • Вымыть руки под проточной водой с мылом • Обработать руки кожным антисептиком • Место укола обработать 5% раствором йода, после высыхания обработать второй раз • Закрыть место укола асептической повязкой • Надеть новые перчатки;

3) 70% этиловым спиртом;

4) Асептика – совокупность мер, направленных на предупреждение попадания микробов в рану и заключающихся в обеззараживании всего, что соприкасается с раной и временно или постоянно вводится в организм во время операции. Антисептика – способ химического и биологического обеззараживания ран, предметов, соприкасающихся с ними, операционного поля, рук хирурга и воздействия на инфекцию в организме больного;

5) К видам жидкостей, в которых ВИЧ содержится в высоких концентрациях относятся: семенная жидкость (сперма), кровь, спинномозговая жидкость, влагалищные выделения и грудное молоко. Другие биологические жидкости, такие как слюна, слезы, пот, моча, не опасны в плане передачи ВИЧ от человека к человеку, т.к. в них содержится ничтожно малое количество вируса;

2. У больной Л., 56 лет, находящейся на стационарном лечении в отделении кардиореанимации ГКБ №6 после операции на правом желудочке обнаружена непроходимость верхних дыхательных путей вследствие стеноза гортани при дифтерии

Вопрос 1: Перечислите дополнительные причины непроходимости верхних дыхательных путей;

Вопрос 2: Какие способы восстановления верхних дыхательных путей Вы знаете;

Вопрос 3: Какая операция применится в данном случае;

Вопрос 4: Перечислите участников данной операции;

Вопрос 5: Перечислите аспекты общего и частного ухода за такими больными;

1) герметические поражения дыхательных путей, отравление химическими веществами, травма черепа, шеи, средостения, нарушение проходимости дыхательных путей инородными телами, при ранениях и закрытых травмах гортани и трахеи, при аллергии (острый аллергический отек);

2) Интубация, трахеостомия, с помощью воздуховода, ИВЛ;

3) В данном случае показана трахеостомия;

4) Отоларинголог-хирург, анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра;

5) Общий уход включает в себя профилактику пролежней, уход за волосами, глазами, ушами, полостью носа, за чистотой постельного белья для данных больных. Частный уход включает в себя уход за трахеостомой: а именно, чтобы она постоянно была открыта, периодически отсасывать мокроту из трахеостомы, если это необходимо;

3. Больной Н., 24 года, находился на операции у стоматолога –хирурга по поводу вскрытия гноя рядом с 27 зубом. При постановке местного анестетика через две минуты у больного начал появляться отек, урчащее дыхание, уменьшение сердцебиения, больной потерял сознание

Вопрос 1: Как Вы думаете, что произошло с больным;

Вопрос 2: Дайте определение этому состоянию;

Вопрос 3: В чем стоматолог допустил ошибку;

Вопрос 4: Расскажите, перечень действий врача в данной ситуации;

Вопрос 5: Дайте определение понятию «анестезия»;

1) Анафилактический шок;

2) Это тяжелое, угрожающее жизни больного патологическое состояние, развивающееся при контакте

организма с некоторыми чужеродными веществами (антигенами). Анафилактический шок относится к аллергическим реакциям немедленного типа, при которых соединение антигена с антителами вызывает выброс в кровеносное русло ряда биологически активных веществ (гистамин, серотонин, брадикинин);

3) Не уточнил аллергологический анамнез;

4) Немедленно вызвать скорую помощь. Придать пострадавшему горизонтальное положение на спине с наклоненной на бок головой, освободить шею, грудную клетку, живот, обеспечивают приток кислорода. Так же следует ввести раствор адреналина, антигистаминных препаратов, эуфиллин с целью снятия бронхоспазма, уменьшения отека легких и облегчения дыхания;

5) Потеря чувствительности;

4. Больной Д., 67 лет, курил последние 50 лет, 15 лет назад поставлен диагноз «хронический ларингит», 10 лет назад поставлен диагноз «хроническая обструктивная болезнь легких», больного беспокоят боли в горле, из-за чего ему больно глотать. После операции развилось обильное кровотечение из операционного шва

Вопрос 1: Назовите патологию, развившуюся у данного пациента;

Вопрос 2: Перечислите методы ее лечения;

Вопрос 3: Какие методы диагностики данной патологии Вы знаете;

Вопрос 4: Оцените прогноз состояния данного больного;

Вопрос 5: Что вы расскажете родственникам о состоянии больного, если они будут вас расспрашивать как студента-практиканта;

1) Рак гортани;

2) Хирургический и лучевая терапия;

3) Анамнез, осмотр с помощью ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентгенологических методов исследования. Компьютерная томография – определяется распространенность опухолевого процесса, биопсия – для морфологического подтверждения диагноза;

4) Состояние больного неудовлетворительное и, скорее всего, летальный исход;

5) Скажите, что на все вопросы ответит лечащий врач;

5. У больной К., 47 лет, следующие симптомы: исчезла способность воспринимать тактильные раздражители, потеря памяти (не узнает близких), судорожные припадки, развился гемипарез, у больной рвота. Родственники вызвали скорую помощь. Из приемного отделения была доставлена в отделение нейрореанимации

Вопрос 1: Какая патология развилась у больной;

Вопрос 2: Дайте определение процессу вскрытия черепа;

Вопрос 3: Какое рекомендуется лечение данной патологии;

Вопрос 4: Перечислите факторы риска при данной патологии;

Вопрос 5: Дайте прогноз состояния данных больных;

1) Опухоль головного мозга;

2) Трепанация;

3) Хирургический способ либо комбинация операции, лучевой терапии и химиотерапии;

4) Наследственность, возраст, воздействие радиации, химические агенты;

5) Зависит от своевременности и адекватности диагностики. При своевременности и адекватности пятилетняя выживаемость составляет 60-80%;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 9. Уход за больными после операций на органах брюшной полости. Дренажи: виды, классификация. Уход за дренажами.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): процент больных с заболеваниями органов брюшной полости ежегодно возрастает, возрастает число оперативных вмешательств, вопросы ухода за больными после операции очень важны, особенно кормление больных оперированных на желудочно-кишечном тракте, способы восполнения энергетических потерь в ближайшем послеоперационном периоде – залог благоприятного исхода операции. Большинство оперативных вмешательств заканчивается дренированием, поэтому знание и практические навыки в этом вопросе необходимы будущему специалисту

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать**, **уметь** обрабатывать руки на гигиеническом уровне, **владеть** навыками ухода за кожей тяжелобольных, техникой катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Большое количество операций заканчивается введением дренажей, цель которых – способствовать эвакуации патологического содержимого из остаточной полости после операции. Чаще это больные с гнойными заболеваниями, паренхиматозными кровотечениями, разрывами полых органов, гнойными процессами брюшной полости (перитонит, деструктивный аппендицит, холецистит, панкреатит). Дренированию подвергаются не только плевральная и брюшная полости. При большой отслойке тканей, при наличии большой полости на месте раны в любой зоне тела могут использоваться различные варианты дренажей.

Все **дренажи делятся на пассивные и активные**. К пассивным дренажам относятся: полоска из перчаточной резины, полоса из марли, трубки, изготовленные из различных материалов (резиновые, полихлорвиниловые, пластмассовые), «сигарные» (полоса марли, обернутая снаружи перчаточной резиной), трубчатые, подтрубчатые. Отток содержимого из какой-либо полости происходит за счет капиллярности и гигроскопичности марли при применении марлевых и «сигаретных» дренажей, за счет испарения через повязку. По трубкам и резиновой полоске отток жидкости происходит пассивно за счет более низкого расположения дренажа относительно полости, а также по законам физики – при повышении давления в зоне скопления жидкости.

Для активных дренажей используются трубки, на наружный конец которых надевается сжатая резиновая груша, пластмассовая гармошка, либо конец трубки подключают к электрическому или водоструйному отсосу. Принцип работы – создается разрежение, за счет которого содержимое из полости оттекает наружу.

Дренажи, требуют педантичного ухода. Нужно следить, чтобы дренажная трубка не выпала, особенно во время перекалывания больного с операционного стола на каталку, с каталки на постель, а также во время смены постельного белья. Выпадение дренажа может иметь серьезные последствия. Так если выпадает дренажная трубка из желчных путей в первые дни послеоперационного периода – это всегда опасно тем, что в свободную брюшную полость может подтекать желчь. В этой ситуации ввести дренаж снова можно только путем повторной операции. Больной, в свою очередь, должен быть информирован о наличии трубки-дренажа, чтобы он случайно не выдернул трубку. С этой же целью в конце операции трубку фиксируют к коже специальными швами. Работа с дренажной трубкой, введенной после оперативных вмешательств на органах грудной клетки, в плевральную полость, во многом определяет исход лечения.

Методика дренирования вариabельна. Так, если во время операции наружный конец трубки перевязан капроновой лигатурой, то дренаж считается закрытым. Однако в палате периодически несколько раз в сутки трубку используют для откачивания воздуха и жидкости из плевральной полости.

Методика откачивания воздуха и жидкости из плевральной полости. Трубку пережимают зажимом, развязывают лигатуру, к наружному ее концу подключают стерильный шприц Жане, зажим открывают, поршень шприца подтягивают на себя, аспирируя воздух и жидкость из плевральной полости. Пока есть отделяемое из плевральной полости, процедуру повторяют несколько раз. Важно, чтобы во время этой процедуры в плевральную полость не попал воздух. Затем наружный конец трубки перевязывают лигатурой, а зажим снимают.

Возможен и другой вариант – **дренирование по Бюлау**. После операции наружный конец дренажной трубки оставляется открытым. Для того, чтобы в плевральную полость по дренажу не попадал воздух, формируют клапан одностороннего действия, через который из плевральной полости удаляется воздух и жидкость. Устройство клапана: из резиновой перчатки ножницами вырезается палец, его надевают на наружный конец трубки и герметично ниткой фиксируют к ней, кончик пальца надрезают. Палец с наружным концом трубки опускается в банку с раствором фурацилина на глубину до 2-3 см. Принципиально важно, чтобы палец из перчатки все время находился в подводном положении. Банку, в которую выделяется содержимое из плевральной полости, фиксируют к кровати ниже уровня больного.

Для **активной аспирации** содержимого из плевральной полости широко используется водоструйный насос. К нему подключается дренажная трубка. В аппарате степень отрицательного давления регулируется с помощью манометра. Водопроводный кран, к которому присоединяется водоструйный насос, должен быть постоянно открыт. При любом способе дренирования медперсонал следит за отделяемым по дренажной трубке. Измеряет количество, и характер эвакуируемой жидкости за определенный промежуток времени. Если по дренажу за короткий промежуток времени выделится большое количество крови, младшая сестра должна немедленно пригласить врача.

После операции на органах брюшной полости (удаление желчного пузыря, селезенки, операции на печени и др.), как правило, прибегают к дренированию брюшной полости различными дренажами. Особенности ухода за дренажами определяются их назначением и характером материала, из которого он изготовлен. В связи с постоянным оттоком жидкости по **марлевым и перчаточно-марлевым дренажам** происходит обильное промокание повязки в зоне дренажа, нательного и постельного белья. В такой ситуации ни в коем случае нельзя накладывать на повязку сверху клеенку или целлофан – это сразу затруднит испарение жидкости через повязку и нарушит отток содержимого из брюшной полости. Чтобы избежать промокания кровью, экссудатом постельного и нательного белья, используют ватно-марлевые прокладки (слой ваты, покрытый сверху и снизу марлевыми салфетками, прошитыми ниткой по всему краю). Известно, что вата хорошо впитывает в себя жидкости в количествах значительно превышающих ее объем. По мере промокания ватно-марлевые прокладки заменяют.

Чтобы перчаточно-марлевые дренажи не становились затычкой в ране, они вводятся рыхло и на 4-5 день послеоперационного периода слегка подтягиваются врачом во время перевязки. Необходимо чаще менять повязки вокруг дренажа, чтобы избежать раздражения и воспаления кожи. К недостаткам этих дренажей следует отнести: невозможность определить количество оттекающей жидкости из брюшной полости, длительное пребывание его в брюшной полости (7-8 дней), необходимость частой смены повязок, особенно в первые дни после операции, что требует большого расхода марлевых салфеток.

Если в качестве дренажа используются **полоски из перчаточной резины**, то отток жидкости из брюшной полости происходит пассивно. Важно, чтобы этот дренаж не выпал во время перевязки. Повязка вокруг дренажа заменяется по мере ее промокания.

Нередко для дренирования различных отделов брюшной полости используются **трубки** из различных материалов. Если дренаж пассивный, то наружный конец трубки опускается в банку с раствором фурацилина. При уходе за таким дренажом младшая медсестра учитывает количество оттекающей жидкости по трубке за сутки, периодически выливая ее из банки.

Главная особенность ухода за вакуум-дренажом, активным дренажом состоит в том, что, по мере заполнения груши воздухом или жидкостью, следует пережать трубку зажимом, отсоединить грушу, удалить из нее содержимое, измерить его количество, затем, грушу сжать и герметично подсоединить к наружному концу дренажной трубки, с нее снять зажим. Кожа вокруг трубки во время перевязок обрабатывается спиртом, спиртовым раствором хлоргексидина.

Преимущества активного дренажа перед перчаточно-марлевым очевидны: создается активный отток жидкости из брюшной полости, сокращается время пребывания трубки в брюшной полости (4-5 дней), представляется возможность точно учитывать количество эвакуируемой жидкости и значительно экономить перевязочный материал.

При наружном дренировании общего желчного протока нужно строго следить за количеством оттекающей желчи за сутки. По количеству оттекаемой желчи за сутки можно судить о том, сколько желчи проходит в желудочно-кишечный тракт. Дренажные трубки по определенным показаниям могут быть использованы и для введения лекарственных веществ в брюшную полость, для промывания ее различными растворами (перитонеальный диализ).

Недостатки дренажей. Они являются инородным телом в брюшной полости, стимулирующим развитие спаечного процесса, возможны пролежни стенки кишки, попадание инфекции в брюшную полость, формирование послеоперационной грыжи.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОВЯЗКОЙ И ДРЕНАЖЕМ

Без врача смена только верхних слоев повязки!

Контроль за состоянием повязки проводят несколько раз в сутки, обращая внимание на удобство, сохранность повязки, ее чистоту и промокание. Если рана зашита наглухо, повязка должна быть сухой. При незначительном промокании сукровицей, кровью следует сменить верхние слои (стерильным материалом), подбинтовать, ни в коем случае не обнажать рану. Если рана закрыта не полностью, в ней оставлены дренажи, тампоны, выпускники, следует ожидать отделяемое и промокание повязки. Больному надо разъяснить, что дренирование произведено для нормального заживления раны, и принять меры, чтобы не загрязнить постель: положить на матрац клеенку, на

простыню – подстилку. Дренаж либо подсоединяют к отсасывающей системе, либо погружают в сосуд. По коротким дренажам и тампонам отток отделяемого идет в повязку, которая быстро промокает и подлежит регулярной смене. Для того чтобы дренаж не выпал, его фиксируют к коже швами или полосками липкого пластыря. Если налажено дренирование в сосуд, количество отделяемого (за дневные часы, за сутки) подсчитывают и фиксируют в температурном листе.

При благоприятном течении послеоперационного периода повязку на зашитой наглухо ране не меняют до снятия швов. Если повязка обильно промокает кровью, следует, не трогая ее, пригласить врача, приготовить стерильный материал для перевязки или привезти больного в перевязочную.

При сильном кровотечении иногда самостоятельно приходится применять экстренные меры. Если повязка на животе внезапно промокает серозно-кровянистой жидкостью, а под ней намечается вздутие (не всегда видно), следует думать о расхождении раны и выпадении в образовавшийся дефект внутренних органов (эвентрация). К такому осложнению более склонны пожилые, ослабленные, истощенные люди, причем эвентрация наступает чаще после кашля, чиханья, резкого поворота. В таких случаях, не трогая повязку, накладывают стерильное полотенце, простыню, укладывают больного (если он сидел, ходил) и немедленно вызывают врача. В некоторой степени для профилактики эвентрации служит затягивание полотенцем живота в виде бандажа после снятия швов. Если круговая повязка причиняет боль, сдавливает ткани, следует ослабить туры бинта, не снимая стерильного материала с раны.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ПРИ УХОДЕ ЗА ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМОЙ:

- 1) работают без перчаток;
- 2) работают без маски;
- 3) не соблюдают асептику;
- 4) не соблюдают антисептику;
- 5) промывают трубки;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной В., 31 лет, находится в стационаре хирургического отделения третьи сутки после операции на брюшной полости, окончившейся ее дренированием. Во время перевязки медсестра заметила, что повязка над одним из дренажей сухая, жидкость из трубки не оттекает

Вопрос 1: Какое из осложнений, встречающихся при уходе за дренажами, развилось у данного пациента;

Вопрос 2: Подумайте, что могло стать причиной данного осложнения;

Вопрос 3: Как Вы считаете, что необходимо сделать медсестре в такой ситуации;

Вопрос 4: Какие осложнения могут развиться при нарушении технологии ухода за дренажными системами;

Вопрос 5: Какие виды дренажей Вы знаете;

- 1) Обтурация дренажной трубки;
- 2) Обтурацию внутренней части дренажа может вызвать фибрин, сгусток крови, некротические ткани. Одной из причин обтурации наружного отдела дренажной системы является то, что наращивают дренаж, как правило, вставляя в его просвет трубку меньшего диаметра, чаще всего от одноразовой системы. Таким образом, создается механическое препятствие для оттока содержимого;
- 3) Если препятствие расположено ниже места введения лекарственного вещества, то необходимо промыть дренаж, предварительно пережав его выше препятствия. Если же обтурация произошла выше места введения, а это сестра чувствует при вливании раствора, необходимо прекратить манипуляцию и сообщить врачу;
- 4) Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа;
- 5) Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование;

2. Больная Н. 46 лет, находящаяся в хирургическом отделении вторые сутки после операции по поводу вскрытия флегмоны кисти, закончившейся постановкой «сигарного» дренажа, обратилась к палатной медсестре в связи с тем, что повязка над дренажом обильно пропиталась кровью

Вопрос 1: Что необходимо предпринять медсестре в данной ситуации;

Вопрос 2: Перечислите, какие существуют виды дренирования;

Вопрос 3: К какому виду дренажей относится «сигарный» дренаж;

Вопрос 4: Опишите, что представляет собой «сигарный» дренаж;

Вопрос 5: За счет чего происходит отток содержимого из «сигарных» дренажей;

- 1) Такое состояние может потребовать повторного вмешательства для остановки кровотечения, поэтому сестра без промедления вызывает к больному врача для решения вопроса о помощи;
- 2) Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование;
- 3) Пассивные дренажи;
- 4) Полоса марли, обернутая снаружи перчаточной резиной;
- 5) Отток содержимого происходит за счет капиллярности и гигроскопичности марли;

3. Согласно литературным данным врачи в древнем Риме, в том числе Клавдий Гален, использовали «хирургические

стоки» для лечения асцита и глубоких абсцессов. Амбруаз Паре (1510-1590) использовал для дренажа «tentes» (канюлированные трубы свинца)

Вопрос 1: Какие существуют виды дренирования;

Вопрос 2: К какому из видов дренирования можно отнести «хирургические стоки», применявшиеся в древнем Риме, и «tentes» Амбруаз Паре;

Вопрос 3: Как вы можете объяснить принцип действия таких дренажей;

Вопрос 4: Из каких материалов изготавливают современные дренажи;

Вопрос 5: Кто в настоящее время осуществляет уход за дренажными системами;

1) Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование;

2) Пассивное дренирование;

3) Отток происходит за счет более низкого расположения дренажа относительно полости и повышения давления в зоне скопления жидкости;

4) Перчаточная резина, марля, трубки из резины, поливинилхлорида, пластмассы и других синтетических материалов;

5) Медицинская сестра;

4. Больной М., 50 лет, находится на лечении в хирургическом отделении после лапаротомии по поводу острого холецистита, окончившейся постановкой дренажной системы, состоящей из резиновой трубки, на наружный конец которой надета сжатая пластиковая гармошка

Вопрос 1: К какому виду дренирования можно отнести, систему, установленную данному больному;

Вопрос 2: Назовите виды дренирования;

Вопрос 3: Объясните, в чем заключается принцип действия пассивных дренажей;

Вопрос 4: Объясните, в чем заключается принцип действия активных дренажей;

Вопрос 5: Что кроме пластиковой гармошки можно использовать при данном виде дренирования;

1) Активное дренирование;

2) Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование;

3) Отток происходит за счет более низкого расположения дренажа относительно полости и повышения давления в зоне скопления жидкости при использовании перчаточных дренажей и различных трубок или за счет капиллярности и гигроскопичности марли при использовании «сигарных» и марлевых дренажей;

4) Принцип работы активных дренажей основан на том, что создается разрежение, за счет которого содержимое из полости оттекает наружу;

5) Простейшими аспирационными устройствами являются резиновые груши и гармошки, обычный медицинский шприц, который подсоединяют к наружному концу дренажной трубки. Также конец трубки можно подключить к электрическому или водоструйному отсосу;

5. У больной А., 23 лет, на вторые сутки после лапаротомии по поводу кисты яичника резко ухудшилось самочувствие, повысилась температура тела до 39°C, появились острые боли в животе, тошнота и рвота. Объективно: живот твердый болезненный, пульс 95 ударов в минуту. Больная была прооперирована в экстренном порядке по поводу послеоперационного перитонита. Операция была завершена установкой дренажной системы по проточно-промывному типу

Вопрос 1: Назовите виды дренирования;

Вопрос 2: Опишите устройство и принцип работы проточно-промывной дренажной системы;

Вопрос 3: Назовите возможную причину развития такого осложнения, как послеоперационный перитонит, у данной больной;

Вопрос 4: Какие осложнения могут развиваться при нарушении технологии ухода за дренажными системами;

Вопрос 5: Что необходимо делать для предотвращения нарушения герметичности дренажной системы;

1) Пассивное дренирование, активное дренирование, проточно-промывное дренирование;

2) При проточно-промывном дренировании в рану устанавливается не меньше 2 дренажей. По одному из них постоянно в течение суток осуществляется введение жидкости (лучше антисептического раствора), а по другому она вытекает;

3) Нарушение герметичности дренажной системы;

4) Нарушение герметичности дренажной системы, обтурация дренажной трубки, нагноение в области постановки дренажа;

5) При наращивании дренажа дополнительную трубку необходимо надевать на наращиваемый дренаж на 3-4 см и фиксировать его шелковой лигатурой. При этом следует так затягивать узел, чтобы не обтурировать просвет дренажа;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 10. Особенности кормления хирургических больных. Диеты: виды, показания и противопоказания. Парентеральное питание. Стомы: колостомы, цистостомы, нефростомы, гастростомы, трахеостомы. Правила и техника ухода.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): в структуре хирургической патологии болезни с заболеваниями головы, лица и шеи занимают существенную долю. С этой точки зрения, изучение вопросов общего ухода за ними важно и актуально

3. Цели обучения

- обучающийся должен знать , уметь осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, осуществлять пособие по смене нательного белья тяжелобольному, осуществлять личную гигиену лица (уход за глазами, носом, ушами, полостью рта), обрабатывать руки на гигиеническом уровне, измерять пульс на лучевой артерии, измерять артериальное давление на лучевой артерии, определять частоту дыхательных движений, измерять температуру тела в подмышечной впадине, накладывать пузырь со льдом, **владеть** навыками проведения влажной уборки палат, перевязочного и процедурного кабинета, операционного блока, способами транспортировки больного внутри учреждения, навыками ухода за кожей тяжелобольных, навыками кормления тяжелобольных, приемами неотложной доврачебной помощи при обмороке, техникой катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Единой общепринятой диеты для больных оперированных на желудочно-кишечном тракте просто не существует. Поэтому существует лечебное питание после операции резекции желудка, после резекции кишечника, операция на желчевыводящей системе, но это специальные вопросы, с которыми вы будете знакомиться и изучать специально при изучении хирургических болезней.

Сейчас при изучении вопросов ухода за больными этой категории необходимо подчеркнуть общие вопросы. При составлении лечебных диет необходимо исходить из общих потребностей больного организма, метаболической реакции его на операционную травму, учитывать локальные изменения в самой ране.

Причиной пониженного питания этих больных бывает плохая усвояемость питательных веществ, в результате заболевания желудочно-кишечного тракта, интоксикации организма, усиленным распадом тканей в условиях заболевания операции и наркоза.

Наибольшее внимание в ближайшем послеоперационном периоде необходимо уделять обеспечению организма больного белками, витаминами, натрием, кальцием, калием, углеводами, жирами. Уровень общего белка в крови 50 ммоль/л является угрожающим и требует срочных мер по его восполнению. Больным в первые 2-3 суток после операции назначается голод. Питание больного осуществляется парентерально (внутривенно, ректально и т. д.)

Лучший путь компенсации питательных веществ в организме в/венный путь. Парентерально вводят больному белковые гидролизаты, физраствор, глюкозу, жировые эмульсии, сухую и свежзамороженную плазму. По мере возможности белковая парентеральная составляющая составляет и постепенно увеличивается по 120-140 г в сутки. В вену нужно вводить достаточное количество жидкости (40мл/кг веса больного) и все необходимые компоненты, обеспечивающие поддержание на определенном достаточном уровне белкового, электролитного, углеводного, водного баланса организма.

После операций на пищеводе, желудке, толстом кишечнике, первые 2-4 дня после операции больные через рот не получают никакой пищи, не разрешается прием жидкостей из-за опасности развития осложнений со стороны швов, а далее, постепенно начинают нагружать желудочно-кишечный тракт: дают пить жидкости, бульон, кефир, затем сухари из белого хлеба, омлет, в бульон добавляют прокрученное мясо и т. д.

Больным после резекции желудка (удаление части желудка) ограничивают цельное молоко, сахар, мед, варенье, хлеб.

После операций на толстой кишке больные первые двое суток находятся на парентеральном питании, т. е. через рот ничего не получают. С 3-х суток разрешается пить небольшими порциями воду, несладкий чай, кефир, с 4-х суток - слизистые супы из круп с добавлением яично-молочной смеси, сливочного масла, мясные и рыбные паровые суфле, омлеты, сухари из белого хлеба, с 5-6 суток -фрикадельки из нежирного мяса, птицы. С 7-го дня - диета расширяется.

Тем больным, которые не могут самостоятельно глотать пищу (бессознательное состояние, нарушения, затруднения проходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта), Кормление производится через желудочный зонд. Стерильный желудочный зонд вводится в желудок через нос или рот. Для введения пищи используется шприц Жане, который соединяют с наружным концом зонда, небольшими порциями вводят жидкую теплую пищу (сливки, бульон, чай, кисель, яйца, слизистые супы, белковый энпит и др.). После кормления зонд обычно удаляют, либо, если он проведен через нос, его можно оставить для последующих кормлений.

При наличии у больного гастростомы (свища желудка), наложенной при раке пищевода, рубцовом сужении пищевода, питание пациента производится через свищ желудка. В свищ вводится прокипяченный толстый желудочный зонд, на наружный конец которого надевают стеклянную воронку. В воронку наливают теплую жидкую пищу, ее поднимают вверх и пища самотеком вводится в желудок. Эту процедуру делают вначале медперсонал, а затем - больной после соответствующего обучения его. Пищу вводят небольшими порциями вначале до 6 раз в день, а затем постепенно количество вводимой пищи увеличивают, а количество кормлений сокращают до 4 раз в день. Следят за тем, чтобы пища не загрязняла края свища, зонд фиксируют к коже полоской липкого пластыря. После кормления кожу вокруг свища обрабатывают шариком, смоченным этиловым спиртом, затем - смазывают цинковой пастой и накладывают асептическую повязку.

У больных с непродолжающимся желудочно-кишечным кровотечением пищевой режим определяется врачом с учетом причины и длительности кровотечения. Пища должна быть механически и химически щадящей, легко перевариваемой, калорийной, богатой витаминами в охлажденном виде: сливочное масло, яйца всмятку, молоко, сливки, картофельное и овощное пюре, протертые каши, белый хлеб без корки, мясные кнели, фруктовые и овощные соки. Количество кормлений 4-5 раз в день. Через 7 дней диета может расширяться.

Питательные вещества для кормления больных могут вводиться больному в виде клизм. Нужно помнить, что в прямой кишке хорошо всасываются водно-электролитные растворы; аминокислоты, лекарственные препараты. Прямую кишку предварительно освобождают от кала при помощи очистительной клизмы, затем медленно вводят при помощи клизмы подогретый до 38°C раствор Рингера, 5% раствор глюкозы 0,85% раствор хлорида натрия, аминокептида не более 1 л в сутки.

Когда питание больного через рот невозможно в течение определенного времени, вынужденно используют искусственное питание, минуя пищеварительный тракт. Наиболее разработано и широко применяется парэнтеральное питание, как правило, внутривенное введение питательных средств. Парэнтеральное питание бывает полным, частичным. Возможно питание смешанное, когда недостаточное питание через рот дополняется парэнтеральным. Для парэнтерального питания используются жировые эмульсии (липофундин, интралипид), которые наиболее энергоемки, канцентрированные растворы глюкозы - 10-50%, препараты гидролиза белков: полиамин, ольвезин, аминокептид и др., 0,85% раствор хлорида натрия. Растворы вводят в подогретом виде до температуры тела с небольшой скоростью вначале до 20 капель в минуту, при хорошей переносимости скорость введения растворов может быть увеличена до 40 капель в минуту. При более быстром введении этих растворов возможны осложнения. При применении парэнтерального питания могут быть аллергические реакции, воспаление стенки вены, в которую вводятся растворы, попадание микроорганизмов в кровь больного.

В вену можно вводить достаточное количество жидкости (40мл/кг веса больного) и все необходимые компоненты, обеспечивающие поддержание белкового, углеводного, водно-электролитного балансов. Как правило, кормление начинают со вторых суток после операции, когда начинает восстанавливаться перистальтика. Назначают вначале стол «0», а затем диета расширяется, но сохраняется химически и физически щадящей. Прием пищи разрешают только после полного восстановления сознания и возникновения перистальтики. При восстановлении работы кишечника, но не ранее чем через 24 часа, с разрешения лечащего врача, можно начинать пить минеральную воду (любую) без газа или клюквенный сок без сахара, но не более 1 литра в сутки. Через 36 - 48 часов после операции, при отсутствии противопоказаний, с разрешения лечащего врача можно пить несладкий кисель из сухофруктов, несладкий некрепкий чай, нежирный кефир в объеме 1 - 1,5 литра в течение суток: по 100 - 150 мл на один прием через каждые три часа. С 3-х - 5-х суток диета расширяется. Разрешаются несладкие натуральные соки: тыквенный, свекольный, шиповника, фруктовое желе, картофельное пюре, чай с сахаром. Обычно назначается диета № 1. Объем жидкости составляет 1,5 - 2 литра в течение суток. Прием пищи, жидкости дробный 6-8 раз в сутки, но не более 200 мл за прием. Кроме того добавляются протертые супы на слабом мясном бульоне или на воде с добавлением сливочного масла или сметаны, белковый омлет, отварная рыба. На 5-е сутки добавляется 100 г. сухарей, вчерашнего белого хлеба или галетного печенья. С 6-х - 7-х суток разрешаются протертые каши: гречневая, овсяная, пшеничная, сваренные на воде пополам с молоком, несладкий творог отварное, перекрученное через мясорубку мясо: говядина, телятина, курятина, крольчатина, отварная рыба, белковый омлет, овощное пюре, кисло - молочные продукты. С 8-х суток и до 1,5 месяцев с момента операции назначается щадящая диета, т.е. все блюда готовятся на пару или в отварном виде: отварная рыба, отварное мясо, паровые котлеты, фрикадельки, тефтели, вегетарианские супы, картофельное пюре, творожные паровые пудинги, молочные протертые каши, фруктовые кисели, соки, тушеные овощи.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ДИЕТА №7 ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- 1) заболеваниях печени;
- 2) заболеваниях почек;
- 3) заболеваниях сердца;
- 4) заболеваниях легких;

- 5) после операций на конечностях;
2. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИЕТЫ №2:
- 1) увеличивает метеоризм;
 - 2) одноразовое питание;
 - 3) сухоядение;
 - 4) используется после операций на сосудах;
 - 5) исключает грубые механические раздражители слизистой оболочки рта, пищевода, желудка и кишечника;

3. ДИЕТА №1 НАЗНАЧАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ:

- 1) на желудке;
- 2) на сердце;
- 3) на желчном пузыре;
- 4) на сосудах;
- 5) по поводу паховой грыжи;

4. ОСОБЕННОСТИ ДИЕТЫ №11:

- 1) Включаются блюда из отрубей – носителей марганца, из гематогена – источника железа и др., способствующие кроветворению;
- 2) увеличение содержания углеводов;
- 3) сдобная выпечка;
- 4) блюда в холодном виде;
- 5) копченые продукты;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Вы видите у человека отверстие на передней брюшной стенке, прикрытое специальным резервуаром, с характерным запахом, из которого выходят экскременты.

Вопрос 1: Что вы наблюдаете;

Вопрос 2: Зачем нужны стомы;

Вопрос 3: Какие стомы вы знаете;

Вопрос 4: Куда и как ставится трахеостома, гастростома;

Вопрос 5: Куда и как ставится колостома, цистостома;

1) Стома (лат. stoma, множ. stomata) в хирургии — искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого органа (например, кишечника, трахеи) и окружающей средой;

2) Данное отверстие накладывается на полый орган при его непроходимости или для исключения из работы отделов, лежащих ниже стомы;

3) Колостома, цистостома, нефростома, гастростома, трахеостома;

4) Трахеостома вводится в трахею: хирургическая операция образования временного или стойкого соустья полости трахеи с окружающей средой (стома — свищ), осуществляемое путем введения в трахею канюли или подшиванием стенки трахеи к коже. Гастростома ставится в верхний левый отдел желудка: хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента при невозможности приёма пищи через рот;

5) Цистостома – это специальная трубка, вводимая непосредственно в мочевой пузырь через брюшную стенку для прямого вывода мочи из мочевого пузыря в мочеприемник, представляющий собой специальный мешок. Колостома – искусственный задний проход, наложенный хирургическим путем на один из участков толстой кишки для постоянного или временного отведения фекалий от дистального отдела кишки. Термин используют, чтобы отличать искусственный задний проход, сформированный с лечебной целью, от свища толстой кишки, возникшего в результате заболевания (аппендикулярный или другой перитонит, инвагинация кишок и др.) или травмы толстой кишки. Независимо от локализации и типа колостомии преследует две цели: ликвидацию кишечной непроходимости и отведение кала от нижележащего отдела толстой кишки. В детской проктологии эту паллиативную операцию применяют очень широко в качестве временной превентивной меры;

2. К вам поступил пациент, которому прописано питание через гастростому. Опишите какие виды питания будут использоваться, и ответьте на вопросы

Вопрос 1: Методика кормления через гастростому;

Вопрос 2: Организация питания и кормления больных;

Вопрос 3: Кормление тяжелобольных;

Вопрос 4: Искусственное питание;

Вопрос 5: Введение пищи с помощью клизмы;

1) Методика кормления через гастростому проста: к свободному концу зонда присоединяют воронку, через которую малыми порциями (50 мл) 6 раз в сутки вводят в желудок подогретую жидкую пищу. Постепенно объем вводимой пищи увеличивают до 25-500 мл, а число кормлений уменьшают до 4 раз. Иногда больному разрешают самостоятельно разжевать пищу, затем ее разводят в стакане с жидкостью и уже в разбавленном виде вливают в воронку. При таком варианте кормления сохраняется рефлекторное возбуждение желудочной секреции;

2) В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство

питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных;

3) Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом. Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры. Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим – придвинуть прикроватный столик и придать полусидячее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить. При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту. В том случае, когда больной не может поднять голову, чтобы он не захлебнулся, можно пользоваться следующим способом кормления. На носик поильника надевают прозрачную трубку (8-10 мм диаметром и 25 см длиной), которую вводят в рот. После введения трубки в рот ее снимают пальцами, затем слегка поднимают и наклоняют поильник, одновременно разжимая пальцы на несколько секунд, чтобы в рот больного попала пища в объеме одного глотка (прозрачность трубки позволяет контролировать количество пропущенной пищи);

4) При ряде заболеваний, когда питание больного через рот невозможно, назначают искусственное питание. Искусственное питание – это введение в организм питательных веществ при помощи желудочного зонда, клизмы или парентерально (подкожно, внутривенно). Во всех этих случаях обычное питание либо невозможно, либо нежелательно, т. к. может привести к инфицированию ран или попаданию пищи в дыхательные пути с последующим возникновением воспаления или нагноения в легких;

5) Применение питательных клизм очень ограничено, т. к. в нижнем отделе толстого кишечника всасываются только вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт. Частично всасываются белки и аминокислоты. Объем питательной клизмы не должен превышать 200 мл, температура вводимого вещества – 38-40 °С. Питательная клизма ставится через 1 ч после очистительной и полного опорожнения кишечника. Для подавления кишечной перистальтики добавляют 5-10 капель настойки опия. С помощью питательной клизмы вводят физиологический раствор (0,9 %-ный раствор натрия хлорида), раствор глюкозы, мясной бульон, молоко, сливки. Ставить питательную клизму рекомендуют 1-2 раза в день, иначе можно вызвать раздражение прямой кишки;

3. У пациента установлена гастростома после операции по поводу терминального стеноза пищевода. Пришло время питаться. Вам нужно накормить больного

Вопрос 1: Как вы будете кормить данного больного;

Вопрос 2: Когда вы будете кормить;

Вопрос 3: Порядок ваших действий;

Вопрос 4: Сколько можно вводить пищи при фистуле на тонкой кишке;

Вопрос 5: Возможные последствия несоблюдения 4 пункта;

1) Оснащение. Стерильные: зонд для питания через гастростому, шприц Жане или воронка, перевязочный материал, почкообразный лоток, зажим, шпатель, пинцет, 70% этиловый спирт, другие: лейкопластырь, подогреваемая жидкая пища, цинковая мазь или паста Лассара;

2) Кормление пациента начинается со вторых суток;

3) На чистые руки наденьте резиновые перчатки. Снимите зажим с трубки. На конец трубки подключите воронку или цилиндр шприца Жане и вливайте жидкую пищу по назначению врача. Еду вводите подогретую, небольшими порциями (150-200 мл) 5 – 6 раз в сутки. Объем пищи постепенно увеличивайте до 450-500 мл, а количество вводов уменьшайте до 3-4 раз. После кормления пациента влейте небольшое количество воды для промывки трубки, резиновую трубку перекройте зажимом для предотвращения вытекания желудочного содержимого. Кожу вокруг гастростомы просушите стерильной салфеткой, смажьте цинковой мазью или пастой Лассара для предотвращения раздражения кожи и наложите стерильную сухую повязку. Зафиксируйте повязку полосками лейкопластыря, местоположение которых каждый раз меняйте с целью профилактики раздражения кожи;

4) Если фистула наложена на тонкую кишку, то за одну процедуру можно вводить не более 150 мл жидкой пищи;

5) В противном случае может наступить спазм мускулатуры тонкой кишки и выброс пищи через стому;

4. Больному К. была произведена операция на желудке, втайне от медперсонала больной через день после операции попил воды и почувствовал себя плохо

Вопрос 1: Какую опасность представляет употребление воды или еды в первые дни после операции;

Вопрос 2: Как должно осуществляться питание в данном случае;

Вопрос 3: Как производится парентеральное питание внутривенно;

Вопрос 4: Как производится кормление через желудочный зонд;

Вопрос 5: Как производится кормление больных при наличии гастростомы;

1) Опасность развития осложнений со стороны швов;

2) Больные первые двое суток находятся на парентеральном питании, т. е. через рот ничего не получают;

3) Вводят больному белковые гидрализаты, физраствор, глюкозу, жировые эмульсии, сухую и свежесзамороженную плазму. По мере возможности белковая парентеральная составляющая составляет и постепенно увеличивается по 120-140 г в сутки. В вену нужно вводить достаточное количество жидкости

(40мл/кг веса больного) и все необходимые компоненты, обеспечивающие поддержание на определенном достаточном уровне белкового, электролитного, углеводного, водного баланса организма;

4) Стерильный желудочный зонд вводится в желудок через нос или рот. Для введения пищи используется шприц Жане, который соединяют с наружным концом зонда, небольшими порциями вводят жидкую теплую пищу (сливки, бульон, чай, кисель, яйца, слизистые супы, белковый энпит и др.). После кормления зонд обычно удаляют, либо, если он проведен через нос, его можно оставить для последующих кормлений;

5) Кормление пациента производится через свищ желудка. В свищ вводится прокипяченный толстый желудочный зонд, на наружный конец которого надевают стеклянную воронку. В воронку наливают теплую жидкую пищу, ее поднимают вверх и пища самотеком вводится в желудок. Эту процедуру делают вначале медперсонал, а затем - больной после соответствующего обучения его. Пищу вводят небольшими порциями вначале до 6 раз в день, а затем постепенно количество вводимой пищи увеличивают, а количество кормлений сокращают до 4 раз в день;

5. Через 5 дней у больного наблюдается не продолжительное желудочное кровотечение после операции: резекция части желудка

Вопрос 1: Как должно осуществляться питание данного больного;

Вопрос 2: Опишите метод питания больного с помощью клизм;

Вопрос 3: Какие осложнения могут возникнуть при парентеральном питании;

Вопрос 4: В каких случаях делают гастростому;

Вопрос 5: Как производится кормление больных при наличии гастростомы;

1) Пища должна быть механически и химически щадящей, легко перевариваемой, калорийной, богатой витаминами в охлажденном виде: сливочное масло, яйца всмятку, молоко, сливки, картофельное и овощное пюре, протертые каши, белый хлеб без корки, мясные кнели, фруктовые и овощные соки. Количество кормлений 4-5 раз в день. Через 7 дней диета может расширяться;

2) Нужно помнить, что в прямой кишке хорошо всасываются водно-электролитные растворы; аминокислоты, лекарственные препараты. Прямую кишку предварительно освобождают от кала при помощи очистительной клизмы, затем медленно вводят при помощи клизмы подогретый до 38°C раствор Рингера, 5% раствор глюкозы 0,85% раствор хлорида натрия, аминокептида не более 1 л в сутки;

3) При применении парентерального питания могут быть аллергические реакции, воспаление стенки вены, в которую вводятся растворы, попадание микроорганизмов в кровь больного;

4) Гастростому —: свищ желудка — чаще всего накладывают при непроходимости пищевода (рак, рубцовые сужения в результате ожогов и др.). Через стому пища поступает непосредственно в желудок, минуя ротовую полость и пищевод;

5) Кормление пациента производится через свищ желудка. В свищ вводится прокипяченный толстый желудочный зонд, на наружный конец которого надевают стеклянную воронку. В воронку наливают теплую жидкую пищу, ее поднимают вверх и пища самотеком вводится в желудок. Эту процедуру делают вначале медперсонал, а затем - больной после соответствующего обучения его. Пищу вводят небольшими порциями вначале до 6 раз в день, а затем постепенно количество вводимой пищи увеличивают, а количество кормлений сокращают до 4 раз в день;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 11. Уход за больными после операций на органах мочеполовой сферы.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): процент больных с заболеваниями органов брюшной полости ежегодно возрастает, возрастает число оперативных вмешательств, вопросы ухода за больными после операции очень важны, особенно кормление больных оперированных на желудочно-кишечном тракте, способы восполнения энергетических потерь в ближайшем послеоперационном периоде – залог благоприятного исхода операции. Большинство оперативных вмешательств заканчивается дренированием, поэтому знание и практические навыки в этом вопросе необходимы будущему специалисту

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, осуществлять пособие по смене нательного белья тяжелобольному, измерять температуру тела в подмышечной впадине, оказывать доврачебную помощь при желудочно-кишечном кровотечении, **владеть** навыками ухода за кожей тяжелобольных, способностью определять степень риска развития пролежней, навыками кормления тяжелобольных, техникой промывания желудка, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Различные заболевания почек и мочевыводящих путей (пороки развития, воспалительные процессы, опухоли и др.) часто встречаются в клинической практике, нередко наблюдаются вторичные поражения почек при различных заболеваниях внутренних органов (при гипертонической болезни, сахарном диабете, системной красной волчанке). В диагностике заболеваний используются разнообразные лабораторные и инструментальные методы исследования. Рентгенологические методы исследования: обзорная рентгенография почек, томография, экскреторная урография, ангиография, компьютерная томография. Для диагностики урологических заболеваний используют эндоскопические методы исследования (цистоскопии, хромоцистоскопию и др.).

Диурез и его нарушения, взятие мочи для лабораторных исследований

Процесс образования и выделения мочи называется диурезом. Количество мочи, выделяемой человеком в течение суток, колеблется в пределах от 1 л до 1800 мл, однако может увеличиваться или уменьшаться в зависимости от физиологических условий или наличия тех или иных заболеваний. Уменьшение выделения мочи менее 500 мл в сутки (олигурия) отмечается у больных с сердечной недостаточностью при нарастании отеков, остром воспалении клубочков почек (остром гломерулонефрите), отравлении нейротоксичными ядами. Полное прекращение поступления мочи называется анурией, что встречается при шоке, тяжелой травме, отравлении солями тяжелых металлов, нарушении оттока мочи из почечных лоханок и мочеточников (вследствие сдавления мочеточников опухолью или обтурации их просвета камнем). От анурии необходимо отличать ишурию — задержку мочи, обусловленную невозможностью опорожнить мочевой пузырь. Увеличение суточного диуреза называется полиурией (бывает при приеме большого количества жидкости, лечении мочегонными препаратами, сахарном и несахарном диабете). Болезненные учащенные и затрудненные мочеиспускания объединяются названием дизурические расстройства.

К нарушениям диуреза относится и недержание мочи, которое может быть выражено в течение всего дня или же только ночью (энурез). В нормальных условиях 60-80% суточного количества мочи выделяется днем, с 8 до 20 ч. При некоторых заболеваниях (хронической сердечной недостаточности), за счет улучшения функции почек и сердца при горизонтальном положении больного большая часть суточного диуреза может приходиться на ночные часы (никтурия). Большую роль в распознавании нефрологических и урологических заболеваний играет исследование мочи. Для общего анализа мочи используют утреннюю порцию мочи после тщательного туалета наружных половых органов. Мочу в количестве 100—200 мл, собранную в чистую и сухую посуду, относят в лабораторию (на посуде делают наклейку с фамилией и инициалами больного). При проведении общего анализа мочи учитывают ее цвет, прозрачность, запах, реакцию, удельный вес. При химическом исследовании мочи определяют наличие в ней белка (его появление в моче носит название протеинурии), сахара (глюкозурия), кетоновых тел (кетонурия), билирубина и уробилина (билирубинурия и уробилинурия).

Кроме химического исследования, при общем анализе мочи проводят микроскопию осадка для обнаружения эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров, эпителиальных клеток, кристаллов солей. Появление в моче эритроцитов называется гематурией, обнаружение лейкоцитов в моче — лейкоцитурией, нахождение в моче цилиндров (гиалиновых, восковидных, зернистых), а также клеток почечного эпителия указывает обычно на поражение клубочков и канальцев почек. Количественное определение ферментных элементов в моче исследуют по Аддису — Каковскому и Нечипоренко — Амбюрге.

При исследовании мочи по методу Аддиса — Каковского мочу собирают утром за 10 ч (больной мочится последний раз накануне вечером), причем у женщин для сбора мочи используют катетер. Из общего количества берут порцию

и центрифугируют. Форменные Элементы осадка подсчитывают под микроскопом. Нормальное содержание форменных элементов в моче по Аддису — Каковскому — эритроцитов до — 1 млн, лейкоцитов до — 2 млн, цилиндров до 20 тыс. Метод Нечипоренко применяют в настоящее время значительно чаще, чем метод Аддиса-Каковского. При исследовании по методу Нечипоренко берут среднюю порцию мочи, в дальнейшем производят пересчет форменных элементов на 1 мл мочи. Нормальное их содержание при этом методе: эритроцитов — до 1 тыс., лейкоцитов — до 4 тыс., цилиндров — до 220 единиц.

При заболеваниях почек и мочевыводящих путей инфекционной природы проводят бактериологическое исследование мочи, позволяющее не только выделить возбудителя заболевания, но и подобрать эффективно действующий на него антибиотик. Для этого 10 мл мочи, взятой катетером, собирают в стерильную пробирку и направляют в бактериологическую лабораторию, где производят посев на специальные питательные среды в чашки Петри.

Важное место в исследовании контрационной функции почек занимает проба Зимницкого. Мочу собирают через каждые 3 ч в отдельную посуду. Причем отдельно учитывают дневной (с 6 до 18 ч и ночной (с 18 до 6 ч) диурез. В каждой порции определяют объем и с помощью урометра относительную плотность мочи. При снижении контрационной функции почек плотность мочи снижается и отмечается монотонная относительная плотность мочи (1,007-1,012).

Исследование почек

При рентгенологическом исследовании почек применяют чаш всего обзорную рентгенографию почек и мочевых путей и внутривенную урографию, при которой контрастный препарат, выделяющийся почками, вводят внутривенно.

Подготовка к обследованию: в течение 3 дней перед обследованием больной соблюдает бесшлаковую диету с исключением продуктов, богатых клетчаткой. Вечером накануне и утром в день исследования ставят очистительную клизму.

Ультразвуковое исследование почек не требует какой-либо специальной подготовки. Однако эхографический осмотр предстательной железы возможен лишь при наполненном мочевом пузыре, для этого больной выпивает 400-500 мл воды за 1-2 ч до исследования. При проведении цистоскопии также нет необходимости предварительной специальной подготовки больных. Помимо диагностических целей, цистоскопию применяют для удаления доброкачественных опухолей и полипов мочевого пузыря, дробления камней. Задержка мочи

Задержка мочи (анурия) заключается в невозможности опорожнить мочевой пузырь и встречается при аденоме предстательной железы, в послеродовом периоде, после хирургической операции, при нарушении нервной регуляции функций мочевого пузыря вследствие заболеваний или повреждений нервной системы.

Острая задержка мочи сопровождается сильными болями в надлобковой области с частыми безуспешными позывами к мочеиспусканию, беспокойным состоянием больного. Неотложная помощь при задержке мочи заключается в выведении мочи из мочевого пузыря методами рефлекторного воздействия (шум [льющейся воды из крана](#), орошение половых органов теплой водой, применение грелки на надлобковую область), подкожного введения 1 мл 0,05%-ного раствора прозерина. Если данные мероприятия оказываются неэффективными, прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря у женщин производится с помощью резинового катетера, у мужчин — резинового или металлического катетера с соблюдением правил асептики и антисептики. Если невозможно катетеризировать мочевой пузырь (повреждена уретра, сдавлена аденомой или опухолью предстательной железы), прибегают к надлобковой пункции мочевого пузыря или наложению искусственного отверстия (цистостомии) с введением цистостомической трубки.

Недержание мочи

Недержание мочи встречается при повреждении или нарушении тонуса сфинктера мочевого пузыря, пороках развития мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, заболеваниях нервной системы. Уход за больными с недержанием мочи сводится к использованию мочеприемников, в т.ч. и мягких полиэтиленовых для постоянного ношения, тщательном уходе за кожными покровами особенно промежности, регулярной смене нательного и постельного белья. Лечение (лекарственные средства, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, оперативное вмешательство) определяется характером заболевания, вызвавшего недержание мочи, с целью симптоматического лечения применяется вдыхание порошка адииурекрина (препарат, полученный из задней доли гипофиза), способствующего уменьшению диуреза и дающего однократный эффект в течение 6-8 ч.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. О СНИЖЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОБЫ ЗИМНИЦКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:

- 1) Преобладание дневного диуреза над ночным;
- 2) Монотонно низкая относительная плотность мочи во всех порциях;
- 3) Объём суточной мочи 1000-2000 мл;
- 4) Большой размах показателей относительной плотности мочи в отдельных порциях;
- 5) Высокая относительная плотность мочи;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. У больного М., 45 лет, перенесшего операцию на предстательной железе, в послеоперационном периоде наблюдается выделение мочи, имеющей интенсивно-красный цвет, содержащей сгустки крови, что сочетается с падением артериального давления, учащением пульса, бледностью кожных покровов. В первые часы и дни после операции больного беспокоят болезненные ложные позывы на мочеиспускание вследствие самой операции и раздражения стенки пузыря дренажной трубкой

Вопрос 1: Какие кровоостанавливающие медикаментозные средства следует использовать при выделении мочи, имеющей интенсивно-красный цвет;

Вопрос 2: Что следует делать, если кровоостанавливающие медикаментозные средства не смогли остановить кровотечение;

Вопрос 3: Что может произойти, если больной при болезненных ложных позывах на мочеиспускание начнет тужиться и пытаться мочиться;

Вопрос 4: Через какое время после операции следует удалить дренаж;

Вопрос 5: К чему могут привести выполнения клизм, введения газоотводных трубок и прочие ректальные процедур;

- 1) 10 % раствор хлорида кальция внутривенно, викасол, 10 % раствор желатина внутримышечно;
- 2) Следует провести оперативное вмешательство (раскрытие раны мочевого пузыря, наложение швов на кровоточащие сосуды ложа предстательной железы, тампонада его);
- 3) Может увеличиться опасность кровотечения из ложа предстательной железы;
- 4) Через 24-48 ч после операции;
- 5) Эти вмешательства, оказывая давление на стенку прямой кишки, могут вызвать или усилить кровотечение из ложа предстательной железы;

2. Больная Т., 56 лет. После осмотра, врач выставил диагноз – острый калькулёзный холецистит. Больному произведена срочная операция холецистэктомия

Вопрос 1: Назовите причины возникновения холецистита;

Вопрос 2: Какие симптомы характерны для данного заболевания;

Вопрос 3: Перечислите методы диагностики холецистита;

Вопрос 4: Посоветуйте подходящее послеоперационное лечение;

Вопрос 5: Какие меры профилактики при холецистэктомии Вы знаете;

- 1) Образование желчных камней, закупорка ими желчевыводящих путей;
- 2) Боли в правом подреберье, горечь во рту, рвота. Положительные симптомы: Френикус, Мерфи, Ортнера;
- 3) Общий анализ крови, повышение АЛТ, АсАТ, УЗИ, анамнез;
- 4) Антибиотики, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия, коррекция водно-солевого баланса;
- 5) Своевременное выявление конкрементов в желчном пузыре, ограничение употребления жирной пищи, физическая активность;

3. Больной Д., 30 лет жалуется на постоянное мочеиспускание, сопровождающееся болями. Суточный диурез превышает норму

Вопрос 1: Дайте определение понятию диурез;

Вопрос 2: Какое количество мочи выделяется у здорового человека за сутки;

Вопрос 3: В связи с чем происходит выраженное снижение суточного диуреза;

Вопрос 4: Когда развивается полиурия;

Вопрос 5: Что учитывают при общем анализе мочи;

- 1) Процесс образования и выделения мочи;
- 2) Колеблется в пределах от 1 л до 1800 мл;
- 3) У больных с сердечной недостаточностью при нарастании отеков, остром воспалении клубочков почек (остром гломерулонефрите), отравлении нейротоксичными ядами. Полное прекращение поступления мочи называется анурией, что встречается при шоке, тяжелой травме, отравлении солями тяжелых металлов, нарушении оттока мочи из почечных лоханок и мочеточников (вследствие сдавления мочеточников опухолью или обтурации их просвета камнем);
- 4) Бывает при приеме большого количества жидкости, лечении мочегонными препаратами, сахарном и несахарном диабете. Болезненные учащенные и затрудненные мочеиспускания объединяются названием дизурические расстройства;
- 5) При проведении общего анализа мочи учитывают ее цвет, прозрачность, запах, реакцию, удельный вес. При химическом исследовании мочи определяют наличие в ней белка (его появление в моче носит название протеинурии), сахара (глюкозурия), кетоновых тел (кетонурия), билирубина и уробилина (билирубурия и

уробилинурия);

4. Больной К. после операции, по удалению камней в правой почке, предъявляет жалобы на боль в правой поясничной области

Вопрос 1: Какие диагностические исследования почек вы знаете;

Вопрос 2: В чем заключается подготовка к рентгенографическому исследованию;

Вопрос 3: Исследование мочи по методу Аддиса — Каковского;

Вопрос 4: Опишите метод Нечипоренко;

Вопрос 5: Как производится проба Зимницкого;

1) Рентгенологическое исследование, ультразвуковое исследование;

2) В течение 3 дней перед обследованием больной соблюдает бесшлаковую диету с исключением продуктов, богатых клетчаткой. Вечером накануне и утром в день исследования ставят очистительную клизму;

3) Мочу собирают утром за 10 ч (больной мочится последний раз накануне вечером), причем у женщин для сбора мочи используют катетер. Из общего количества берут порцию и центрифугируют. Форменные Элементы осадка подсчитывают под микроскопом. Нормальное содержание форменных элементов в моче по Аддису — Каковскому — эритроцитов до — 1 млн, лейкоцитов до — 2 млн, цилиндров до 20 тыс;

4) При исследовании по методу Нечипоренко берут среднюю порцию мочи, в дальнейшем производят пересчет форменных элементов на 1 мл мочи;

5) Мочу собирают через каждые 3 ч в отдельную посуду. Причем отдельно учитывают дневной (с 6 до 18 ч и ночной (с 18 до 6 ч) диурез. В каждой порции определяют объем и с помощью урометра относительную плотность мочи. При снижении контрационной функции почек плотность мочи снижается и отмечается монотонная относительная плотность мочи (1,007-1,012);

5. К врачу обратилась пациентка с жалобами на острую задержку мочи, которая сопровождается сильными болями в надлобковой области с частыми безуспешными позывами к мочеиспусканию, беспокойным состоянием

Вопрос 1: При каких патологических состояниях встречается анурия;

Вопрос 2: В чем заключается медикаментозная неотложная помощь при задержке мочи;

Вопрос 3: С помощью чего производится катетеризация мочевого пузыря;

Вопрос 4: Какой процедуре прибегают при неэффективности катетеризации;

Вопрос 5: Какие заболевания препятствуют эффективности катетеризации;

1) Встречается при аденоме предстательной железы, в послеродовом периоде, после хирургической операции, при нарушении нервной регуляции функций мочевого пузыря вследствие заболеваний или повреждений нервной системы;

2) Подкожное введение 1 мл 0,05%-ного раствора прозерина;

3) Катетеризация мочевого пузыря у женщин производится с помощью резинового катетера, у мужчин — резинового или металлического катетера с соблюдением правил асептики и антисептики;

4) Прибегают к надлобковой пункции мочевого пузыря или наложению искусственного отверстия (цистостомии) с введением цистостомической трубки;

5) Повреждена уретра, сдавлена аденомой или опухолью предстательной железы;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

1. Тема № 12. Уход за травматологическими больными и пациентами после операций на позвоночнике. Транспортная иммобилизация больных. Транспортировка пострадавших.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Травматология один из крупнейших разделов общей хирургии, поэтому каждый студент должен знать оказание первой квалифицированной помощи больным и первые признаки при переломах

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь , владеть** навыками кормления тяжелобольных, техникой промывания желудка

4. Аннотация (краткое содержание темы)

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Все повреждения по механизму возникновения разделяют на **прямые и непрямые**, в зависимости от соотношения места повреждения и точки приложения силы.

Существует деление на поверхностные или **кожные** (ушиб, рана), **подкожные** (разрыв связок, мышц, вывихи, переломы) и **полостные повреждения** (разрывы или сотрясение внутренних органов).

В зависимости от сохранности покровных тканей все травмы могут быть **закрытыми** (ушиб, растяжение, разрыв, сотрясение) и **открытыми**.

Повреждение опорно-двигательного аппарата, сочетающееся с повреждением внутренних органов, обычно называют **сочетанной травмой или политравмой**.

При сочетании воздействия механического фактора с каким-либо другим (отморожение, воздействие радиации и пр.) говорят о **комбинированном поражении**.

ВЫВИХИ

Вывихом (luxatio) называется стойкое полное смещение суставных концов костей, при котором утрачивается возможность соприкосновения суставных поверхностей.

Выделяют также **подвывих** – неполное смещение суставных поверхностей.

ДИАГНОСТИКА

Вывих диагностируется при наличии следующих данных:

- травма в анамнезе с характерным механизмом,
- болевой синдром,
- деформация в области сустава и изменение оси конечности, при этом суставной конец может пальпироваться или быть виден на глаз в необычном для него месте,
- вынужденное, специфичное для каждого вывиха положение конечности, изменение длины конечности (чаще – укорочение),
- отсутствие активных и резкое ограничение пассивных движений в суставе,
- «пружинящая фиксация»: при пассивном движении при попытке выведения конечности из вынужденного положения отмечается эластическое, пружинящее сопротивление, а затем она вновь принимает исходное положение.

Обязательным компонентом диагностики является рентгеновское исследование.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение травматического вывиха заключается в немедленном вправлении, иммобилизации и последующем восстановлении функции. Чем раньше производится вправление вывиха, тем легче оно достижимо. При застарелых вывихах вправить их, как правило, можно только предприняв оперативное вмешательство.

а) Первая помощь

Первая помощь при вывихе заключается в транспортной иммобилизации и введении анальгетиков при выраженном болевом синдроме. Для вправления вывиха пострадавшего как можно быстрее следует доставить в травматологический пункт или приемный покой больницы, имеющей дежурную травматологическую службу.

б) Вправление вывиха

Вправление вывиха должен производить специалист – врач-травматолог. Вправление вывиха в крупных суставах (плечевой, тазобедренный) следует производить под наркозом. Расслабление мускулатуры значительно облегчает манипуляцию.

Обычно вывих вправляют вдвоем: помощник (медсестра) фиксирует проксимальный суставной конец (туловище, проксимальный сегмент конечности), а врач-травматолог осуществляет тягу за дистальную часть конечности, совершая при этом специальные движения, определяемые локализацией вывиха и характером смещения дистального суставного конца. При вправлении вывиха раздается характерный щелчок и восстанавливаются в объеме пассивные движения в суставе.

После вправления необходимо повторить рентгеновское исследование, чтобы убедиться в устранении вывиха и отсутствии повреждений костей в зоне сустава.

в) Оперативное лечение

Показания:

- открытые вывихи,
- неправимые свежие вывихи (интерпозиция мягких тканей),
- застарелые вывихи,
- привычные вывихи.

Смысл оперативного лечения состоит в устранении вывиха и укреплении связок и капсулы сустава. При хирургическом лечении по поводу привычного вывиха используются специальные пластические операции на капсуле сустава, связках и сухожилиях с использованием как местных, так и аллогенных тканей.

г) Иммобилизация и реабилитация

После вправления вывиха производят иммобилизацию в среднем на 2-3 недели. Для этого используют гипсовые повязки или лонгеты. Через несколько дней они могут быть заменены на косыночную повязку (для плеча) или другие способы мягкой иммобилизации.

Через 1-2 недели при сохранении мягкой иммобилизации начинают постепенные движения в суставе, проводят курс лечебной физкультуры. Полное излечение наступает через 30-40 дней, а возможность полной нагрузки достигается через 2-3 месяца.

ПЕРЕЛОМЫ

Переломом (fractura) называют нарушение целостности кости.

ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМОВ

Диагноз перелома является диагнозом клиническим. Он устанавливается на основании выяснения жалоб, анамнеза и клинических симптомов. Важным моментом диагностики перелома является рентгеновское исследование.

АБСОЛЮТНЫЕ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА

Клиническое обследование больного с переломом проводится по общим принципам осмотра пострадавших с острой травмой.

В анамнезе необходимо уточнить характер нарушения функции после повреждения (мог ли пациент двигать конечностью, передвигаться, опираться на ногу и т. д.). В некоторых случаях в момент получения травмы пострадавший слышит хруст ломающейся кости, что при адекватном состоянии больного можно считать по существу достоверным признаком перелома.

При объективном исследовании определяют характерные для перелома симптомы, которые разделяются на две группы: абсолютные и относительные.

а) Абсолютные симптомы перелома

Абсолютными называют симптомы, выявление хотя бы одного из которых достоверно свидетельствует о наличии

перелома. Абсолютных симптомов перелома три:

- Характерная деформация.
- Патологическая подвижность.
- Костная крепитация.

В целом ряде случаев при переломе может не быть ни одного из абсолютных признаков. Так бывает, например, при вколоченном переломе, переломе плоских костей.

б) Относительные симптомы перелома

При отсутствии абсолютных симптомов перелома диагноз может быть поставлен при выявлении совокупности относительных симптомов – признаков, характерных для перелома, но каждый из которых может наблюдаться и при других повреждениях.

Болевой синдром, безусловно, характерен для перелома. Боль носит интенсивный характер, усиливается при движении. Особенно диагностически важно выявление резкой локальной болезненности в области перелома или болезненности при нагрузке по оси. Так, практически патогномичным признаком перелома ребра, например, является появление боли в области повреждения при одновременном надавливании на позвоночник и грудину.

В области перелома выявляется **гематома**, которая при переломе крупных костей может достигать довольно больших размеров (до 500-750 мл).

Для перелома характерно **укорочение конечности, вынужденное ее положение**. Следует помнить, что эти изменения могут определяться и при вывихе.

Нарушение функции.

Подтвердить же диагноз необходимо с помощью рентгеновского исследования.

ЛЕЧЕНИЕ

Включает в себя оказание первой помощи и лечение в специализированных лечебных учреждениях травматологического профиля. При любом способе лечения необходимо соблюдение основных принципов, позволяющих обеспечить наилучшие условия для сращения перелома.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

- Репозиция костных отломков.
- Иммобилизация.
- Ускорение образования костной мозоли.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Основная задача – обеспечение неподвижности отломков в месте повреждения, при этом защищаются сосуды, нервы, мягкие ткани от повреждающего действия отломками костей. Это достигается наложением транспортных шин.

Включает в себя выполнение следующих мероприятий:

- остановка кровотечения,
- профилактика шока,
- транспортная иммобилизация,
- наложение асептической повязки.

Транспортная иммобилизация

Неосторожность при переключивании и транспортировке вызывает резкие боли и смещение отломков. Поднимая пострадавшего, нужно удерживать руками отломки и вытягивать конечность по длине для меньшего их смещения. Транспортная иммобилизация позволяет уменьшить воздействие на пациента неблагоприятных последствий перелома.

Способы:

- Аутоиммобилизация – бинтование поврежденной нижней конечности пострадавшего к здоровой или верхней конечности к туловищу.
- Иммобилизация с помощью подручных средств (импровизированными шинами) – использование палок, досок, кусков фанеры, лыж, картона, зонтика и пр. в качестве жесткого предмета, к которому фиксируют поврежденную конечность.
- Иммобилизация с помощью стандартных транспортных шин – наилучший способ транспортной иммобилизации.

Основные виды транспортных шин при переломах:

- Проволочная шина типа Крамера. Благодаря возможности придать шине любую форму (моделирование) получила широкое распространение при повреждениях верхних и нижних конечностей, головы и шеи. Наложение на примере верхней конечности: Ее изгибают по форме верхней конечности, придав ей следующее положение: ватно-марлевый валик помещают в подмышечную ямку, плечо вдоль туловища, локтевой сустав согнут под прямым углом, предплечье впереди живота, кисть в положении небольшого тыльного сгибания. Под шину подкладывают слой ваты и фиксируют ее бинтами к верхней конечности.
- Шина Еланского используется при повреждении головы и шеи.
- Пневматические шины и шины из пластмассы получили широкое применение при повреждениях голени и предплечья.
- Шина Дитерихса используется при повреждении нижней конечности. Она состоит из костыля (наружная шина), костыля-бранш (внутренняя шина), подошвы, шнура с полочкой-закруткой. По размерам нижней конечности подгоняют костыли так, чтобы наружная шина выступала за пределы пятки на 15 см, обе шины скрепляют, подошву фиксируют к стопе, при помощи закрутки делают вытяжение конечности. В отличие от вышеперечисленных шин фиксирующего характера, позволяет осуществлять первичное вытяжение, уравнивающее тягу мышц и препятствующее дальнейшему смещению костных отломков.

Кроме транспортных шин используются в травматологических стационарах **лечебные шины**: Беллера, ЦИТО, Кузьминского.

Особые способы транспортировки – применяются при повреждении позвоночника и таза. При повреждении позвоночника транспортировка осуществляется на деревянном щите (или жестких носилках) в положении на спине. При наличии только мягких носилок – на животе.

При переломе костей таза пострадавшего укладывают на спину на щит или жесткие носилки, под колени подкладывают валик из одеяла или одежды, колени несколько разводят в стороны (так называемая «поза лягушки»).

(3) КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ

Понимают одномоментную закрытую репозицию с последующей иммобилизацией с помощью гипсовой повязки.

Метод применим при простых закрытых переломах без значительного смещения отломков или при возможности легкого его устранения (простые переломы костей голени и предплечья, переломы лодыжек, костей кисти и стопы, фаланг пальцев и пр.).

а) Репозиция

Наиболее часто применима ручная одномоментная закрытая репозиция. Ее техника заключается в следующем.

Обезболивание

Метод обезболивания может быть различен (введение новокаина в гематому в зоне перелома по Беллеру, проводниковая анестезия, внутривенный наркоз).

Наиболее простым способом является введение новокаина в гематому. Для этого непосредственно над зоной перелома с соблюдением всех правил асептики осуществляют внутрикожную анестезию, а затем, предположив новокаин, продвигают иглу в направлении линии перелома, потягивая периодически на себя поршень шприца. Появление при этом в шприце крови свидетельствует о нахождении иглы в области гематомы в зоне перелома. В этот момент вводят 20-30 мл 1-2% раствора новокаина.

Техника репозиции

Пациента следует положить в удобном для него положении. Помощник врача-травматолога фиксирует конечность проксимальнее перелома (центральный отломок), а врач осуществляет тягу за дистальную ее часть (периферический отломок) в нужном направлении, что определяется характером смещения по данным рентгенографии.

После того как по мнению врача-травматолога репозиция достигнута, накладывают гипсовую лонгету для временной фиксации и производят контрольное рентгенографическое исследование. Если результаты его свидетельствуют об удовлетворительном стоянии отломков, производят окончательную иммобилизацию. Если смещение отломков сохраняется, то производят повторную репозицию.

б) Иммобилизация

При консервативном способе лечения иммобилизация осуществляется с помощью гипсовых повязок.

В травматологическом стационаре (травмпункте) имеются специальные гипсовые комнаты, оснащенные соответствующим инвентарем и инструментами.

В ней должны быть: ортопедический стол, таз с клеенкой, бинты, гипсовый порошок, инструменты для снятия гипса.

Гипс – это сульфат кальция, высушенный при температуре 100-130°C. Просушенный гипс представляет из себя мелкий белый порошок, обладающий гидрофильными свойствами. При смешивании с водой он быстро присоединяет кристаллизованную воду, образуя плотную, твердую кристаллическую массу.

На ощупь гипсовый порошок должен быть мягким, тонким, без частиц и крупинок. При смешивании его с равным количеством воды на тарелке при комнатной температуре через 5-6 минут должна образоваться твердая пластинка, которая не крошится и не деформируется при надавливании.

Для ускорения затвердевания гипса применяют более низкую температуру воды, добавление поваренной соли или крахмала.

Гипсовая техника

Подготовка гипсовых бинтов – на специальном столе раскатывают марлевые бинты, пересыпают их гипсовым порошком и вновь скатывают. В последнее время в основном используют гипсовые бинты фабричного производства, хранящиеся в герметичных упаковках из полиэтилена.

Замачивание бинтов – бинты в скатанном виде на 1-2 минуты погружают в таз с водой комнатной температуры. Косвенным признаком намокания всего бинта является прекращение выделения пузырьков воздуха. После этого бинты вынимают и аккуратно отжимают воду с концов бинта – в середину, без выкручивания и сильных усилий во избежание потери с водой гипсового порошка.

Подготовка лонгет – влажные бинты раскатывают на столе, покрытом клеенкой, на определенную, предварительно измеренную длину и тщательно разглаживают. Затем поверх первого слоя укладывают второй, третий и т. д. Для подготовки лонгеты на предплечье достаточно 5-6 слоев, на голень – 8-10 слоев, на бедро – до 10-12 слоев гипсового бинта.

Наложение повязки – после обработки ссадин антисептиками на выступающее костное образование укладывают вату или кусочки ткани, накладывают подготовленные лонгеты и осуществляют бинтование гипсовым бинтом. При этом следует соблюдать определенные правила:

- конечность по возможности должна находиться в физиологически выгодном положении,
- повязка обязательно захватывает один сустав выше и один – ниже перелома,
- бинт не перекручивают, а подрезают,
- дистальные участки конечности (кончики пальцев) должны оставаться открытыми.

Последнее положение заслуживает особого внимания. При наложении циркулярной гипсовой повязки вследствие прогрессирования отека может произойти сдавление мягких тканей, нарушиться венозный отток вплоть до возникновения тяжелых расстройств кровообращения.

Поэтому при малейшем появлении отека пальцев и их цианоза необходимо рассечь циркулярную повязку по передней поверхности и развести края в области разреза для увеличения ее объема на время отека. Пренебрежение указанным правилом может привести к развитию тяжелых осложнений – некрозов под гипсом и гангрене

конечности.

Сушка - происходит в течение 5-10 минут, затвердевание определяется легким постукиванием по повязке - раздается характерный для постукивания по твердому предмету звук.

Основные виды гипсовых повязок представлены на рисунке.

Гипсовая повязка накладывается на весь срок, необходимый для консолидации перелома - в основном от 3-4 недель до 2-3 месяцев.

Первые 24 часа младшая медсестра постоянно наблюдает за состоянием конечности: пальцы должны быть розового цвета, неотечными, движения в межфаланговых суставах свободными, болевая чувствительность сохранена. В случае сильных распирающих болей, отека пальцев, побледнения кожи, отсутствия движений в межфаланговых суставах пальцев кисти или стопы необходимо пригласить врача к больному, так как очень быстро развивается сдавление конечности под гипсовой повязкой, что чревато омертвением конечности.

Естественно, что гипсовая повязка затрудняет уход за больным. При проветривании палаты больного нужно хорошо укрыть, а для этого необходимо дополнительное одеяло. Гипсовую повязку нельзя мочить, на нее не должны попадать моча, кал. Для того, чтобы сменить нательное белье и постельное, нужны дополнительные работники.

Уход за больными с переломами костей таза

Больные находятся в постели на щите в положении «лягушки»: подкладывают валик под согнутые в коленных и тазобедренных суставах ноги так, чтобы колени были разведены в стороны, а пятки помещались вместе. При повреждении мочевыводящих путей накладывается надлобковый свищ мочевого пузыря.

ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО

Виды и способы транспортировки:

- на руках;
- пешком;
- на костылях, с поддержкой;
- на носилках.

Транспортировка пешком: Пешком, а в машине сидя транспортируют больных с нетяжелыми соматическими заболеваниями, с травмами верхних конечностей, при хирургических заболеваниях, не требующих госпитализации на носилках. При возникновении головокружения и (или) длительном времени транспортировки таких больных в машине следует уложить на носилки.

Транспортировка на костылях с поддержкой: На костылях с поддержкой можно транспортировать больных с травмами голени и стопы (после транспортной иммобилизации) в случае нетяжелых повреждений.

Транспортировка на руках с поддержкой: На руках транспортируют детей, а также взрослых при невозможности использовать носилки.

Транспортировка на носилках: На носилках транспортируют всех больных в бессознательном состоянии, в состоянии шока, тяжелых больных, с нарушением мозгового кровообращения, с острым инфарктом миокарда, всех рожениц, беременных с осложнениями беременности (эклампсия, угроза прерывания и др.), с травмами бедра, с тяжелыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, с черепно-мозговыми травмами, с сочетанными поражениями, с травмами позвоночника.

Техника переноски на носилках: При возможности на носилки следует предварительно постелить одеяло или прочное покрывало так, чтобы одна его половина (вдоль) покрывала носилки, а другая лежала рядом. После укладывания на носилки больного, накройте его этой половиной. Далее снимите больного с носилок удобнее, держась за края покрывала. Если больной не может сам перебраться на носилки, их ставят ножным концом к изголовью, вдвоем поднимают больного и переносят на носилки. В холодное время года следует надеть на больного головной убор, укутать ноги. Не следует также забывать о необходимости дополнительного согревания больных, находящихся в состоянии шока.

По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед. Исключение: острая кровопотеря, очень низкое артериальное давление. В этом случае поступают наоборот.

При невозможности пронести носилки в квартире или по лестнице больного переносят на одеяле. В крайнем случае, если и это по каким-либо причинам невозможно, носилки устанавливают у подъезда, а больного спускают на руках,

в лифте — на табурете или стуле, который надо поставить туда заранее. Больных, находящихся в бессознательном состоянии, из-за угрозы аспирации рвотных масс и западения языка транспортируют в устойчивом боковом положении.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВКЛЮЧАЕТ::

- 1) раннюю функциональную терапию;
- 2) гиподинамию;
- 3) лазеротерапию;
- 4) рентгенотерапию;
- 5) магнитотерапию;

2. ОСЛОЖНЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА:

- 1) дыхательные расстройства;
- 2) парез лицевого нерва;
- 3) нарушения обоняния;
- 4) нарушение зрения;
- 5) снижение слуха;

3. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) гиподинамию;
- 2) высококалорийное питание;
- 3) магнитотерапию;
- 4) лазеротерапию;
- 5) рентгенотерапию;

4. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ЧУВСТВО СДАВЛЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ ПОД ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКОЙ, НЕОБХОДИМО:

- 1) переделать повязку;
- 2) снять лонгету;
- 3) оставить как есть;
- 4) выполнить обезболивание;
- 5) сделать окно в гипсовой повязке;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Больной С., 45 лет, на работе прыгнул со стеллажа с высоты 2 - 3 м. При падении приземлился на ноги и резко присел, после чего почувствовал сильные боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие в правую ногу. Самостоятельно встать не мог из-за резкого усиления болей. Доставлен на жестких носилках в положении на спине с реклинующим валиком под поясничным отделом позвоночника. **ОБЪЕКТИВНО.** Состояние больного удовлетворительное, жалобы на сильные боли в поясничном отделе позвоночника. При осмотре отмечается выстояние остистого отростка III поясничного позвонка, в поясничном отделе имеется патологическое напряжение мышц. Осевая нагрузка вызывает резкую болезненность в поясничном отделе. При пальпации отмечается локальная болезненность в области остистого отростка III позвонка. На ноги встать не может из-за сильных болей

Вопрос 1: Поставьте предварительный диагноз;

Вопрос 2: Назовите, сроки иммобилизации и лечения больного, прогноз;

Вопрос 3: Какая первая помощь необходима;

Вопрос 4: Какое лечение необходимо;

Вопрос 5: Перечислите виды обезболивания;

- 1) Закрытый компрессионный перелом тела 3 поясничного позвонка;
- 2) Лишение трудоспособности на 4-6 мес. Продолжительность реабилитации - 8-10 недель;
- 3) Подготовка к транспортировке пациента в лечебное учреждение;
- 4) Лечение: функциональный метод - вытяжение на кровати;
- 5) Различают следующие виды анестезии: поверхностную (местную), проводниковую, региональную анестезию и общее обезболивание;

2. При осмотре больного М., 74 лет, после лапаротомии по поводу острого деструктивного холецистита, разлитого серозно-фибринозного перитонита, находящегося в хирургическом отделении длительное время, медсестра обнаружила на крестце, лопатках и задней поверхности голени синюшно-красные пятна, отслойку эпидермиса, появление пузырей

Вопрос 1: Какое осложнение в послеоперационном периоде развилось;

Вопрос 2: Перечислите последовательность действий при данном осложнении;

Вопрос 3: Какие мероприятия санитарно-гигиенического ухода должны проводиться;

Вопрос 4: Каким способом определяется функция желудочно-кишечного тракта;

Вопрос 5: Назовите меры профилактики пролежней;

- 1) Пролежни;
- 2) Этапы обработки пролежней 1) Медсестра моет руки 2) Пузыри смачивают спиртовым раствором

бриллиантового зеленого, затем накладывают сухую повязку 3) Когда некроз ограничивается, омертвевшие ткани удаляют и рану закрывают стерильной салфеткой, смоченной 1% раствором перманганата калия. Повязку меняют 2-3 раза в день. По мере очищения переходят на повязки с мазью Вишневского, синтомициновой эмульсией;

3) Общий уход за больным - мытье больного, перестилание, уход за волосами, подмывание больных, профилактика пролежней;

4) Определяется наличие перистальтики, отхождение газов, наличие стула;

5) Ежедневный осмотр тяжелых пациентов, перестилание больных, обработка кожных покровов раствором перманганата калия, камфорным спиртом, массажи, смена положения пациента (по возможности), применение ортопедических (противопролежневых) матрасов;

3. Женщина лет 35 была доставлена в больницу после падения с высоты, отмечается боль в области сломанного позвонка, особенно при надавливании на острый отросток, нагрузке по оси позвоночника при давлении на голову, выстояние сзади острого отростка сломанного позвонка. После операции на позвоночнике поступает из операционной в палату

Вопрос 1: Что представляет собой послеоперационный режим;

Вопрос 2: Каковы особенности транспортировки больного;

Вопрос 3: Поставьте предварительный диагноз;

Вопрос 4: Как осуществляется уход за пострадавшим, если перелом позвоночника не сопровождается повреждением спинного мозга;

Вопрос 5: Как осуществляется профилактика осложнений со стороны органов дыхания в послеоперационный период;

1) Каждый больной получает от врача особое разрешение на перемену режима: в разные сроки разрешают присаживаться, вставать. В основном после неполостных операций средней тяжести, при хорошем самочувствии больной может встать около кровати на другой день. Сестра должна проследить за первым вставанием больного с постели, не разрешать ему самостоятельно выходить из палаты;

2) Нельзя переводить больного в сидячее и вертикальное положение, пытаться наклонить голову. Больного осторожно перекладывают на носилки (на спину), голову помещают на плотный валик, сделанный из одежды, или резиновый круг. При наличии специальных самоотвердевающих носилок фиксируют голову и шею пациента. Пострадавшего госпитализируют в травматологическое, нейрохирургическое (при повреждении спинного мозга) или реанимационное отделение;

3) Повреждения позвоночника либо в грудном, либо в поясничном отделах;

4) Если перелом позвоночника не сопровождается повреждением спинного мозга, пострадавшего укладывают на спину на кровать. Под матрац предварительно помещают деревянный щит. Под поясничную область подкладывают валик в виде мешочка с песком. Под головой больного должна быть плоская подушка. В дальнейшем осуществляют общий уход за пострадавшим, дают обезболивающие препараты внутрь (анальгин по 0,5 г 3 раза в день);

5) Важным для предупреждения легочных осложнений является защита больного от охлаждения во время доставки из операционной в палату. Его нужно укрыть, укутать, так как в операционной температура воздуха выше, чем в коридорах, а при транспортировке возможно воздействие сквозняков. Для профилактики осложнений со стороны органов дыхания необходимо принять активные меры для улучшения дыхательного процесса: поставить банки на грудь, спину. Сразу же после пробуждения от наркоза нужно заставить больного периодически производить глубокие вдохи и выдохи, движения верхних и нижних конечностей. Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту необходимость и безопасность глубокого дыхания. Больным предлагают надувать резиновые шары, откашливаться. При кашле больной должен положить руку на область раны и, придерживая ее, согнуть колени;

4. В послеоперационную палату поступила больная Р. в тяжелом состоянии, положение в постели пассивное

Вопрос 1: Какова роль медсестры в послеоперационный период;

Вопрос 2: Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза;

Вопрос 3: Как предотвратить появление пролежней;

Вопрос 4: Какие медикаментозные средства назначаются для усиления глубины дыхания;

Вопрос 5: Как осуществляется уход за больным при возникновении после наркоза рвоты;

1) С момента поступления больного из операционной в палату начинается послеоперационный период, который продолжается до выписки из больницы. В этот период медицинская сестра должна быть особенно внимательна. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. В зависимости от общего состояния прооперированного, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.). Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон;

2) Больного после наркоза укладывают в теплую постель на спину с повернутой головой или на бок (чтобы предупредить западение языка) на 4-5 часов без подушки, обкладывают грелками. Будить больного не следует. Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4-5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом. Применение тяжести и холода на оперированную область приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боли, предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией. До тех пор, пока больной не проснется и не придет в сознание, медицинская сестра должна находиться около него неотступно, наблюдать за общим состоянием, внешним видом, артериальным давлением, пульсом, дыханием;

3) Обеспечив больному достаточное обезболивание, следует проводить профилактику пролежней. Профилактика пролежней: 1) Проводить осмотр частей тела, подверженных образованию пролежней, не менее, чем один раз в день. 2) Изменять положение тела больного через каждые 2 часа. 3) Следить за чистотой постели, чтобы не было крошек, складок, сырости (чистое, сухое белье). 4) Проводить обтирание водой и делать массаж подлежащих участков тела. 5) Обрабатывать кожу подлежащих участков антисептиками (камфорным спиртом).

6) Использовать подкладные резиновые круги, покрытые пелёнкой (под крестец), ватно-марлевые кружки или поролоновые прокладки под локти и пятки. 7) Использовать противопролежневый матрац (матрац с постоянно меняющимся давлением в отдельных секциях). 8) Обеспечить правильным (рациональным) питанием пациента; 4) Введение наркотических и болеутоляющих средств имеет большое значение для усиления глубины дыхания. С целью улучшения кровообращения и предупреждения послеоперационных легочных осложнений больной получает камфорное масло по 2-3 мл до 3-4 раз в сутки (обязательно в подогретом виде). В палате для тяжелых послеоперационных больных постоянно должны находиться баллон с кислородом, отсос;

5) В первые 2-3 часа после наркоза больному не дают ни пить, ни есть. При появлении рвоты голову больного поворачивают на бок, ко рту подставляют лоток или подкладывают полотенце, из полости рта удаляют рвотные массы с тем, чтобы не произошли аспирация (попадание в дыхательные пути), а в последующем — ателектаз легких. По окончании рвоты рот протирают влажным тампоном. При рвоте после наркоза эффект оказывает введение под кожу 1-2 мл 2,5 % раствора аминазина, 1 мл 2,5 % раствора дипразина;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 13. Уход за больными после операций на сосудах, сердце и лёгких.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): больные перенесшие операции на сердце и сосудах относятся к наиболее тяжелым хирургическим больным, и после операции находятся определенное время в реанимационном отделении. Поэтому роль медсестры в уходе за этими больными очень велика и ответственна. Она должна постоянно вести контроль за состоянием больного, потому что у них может быстро наступить остановка сердца, дыхания, кровотечение, попасть воздух в плевральную полость. Поэтому изучение этой темы для студента очень важна. Он должен знать признаки развивающихся осложнений и вовремя оказать доврачебную помощь

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать** , **уметь** осуществлять пособие по смене постельного белья тяжелобольному, оказывать доврачебную помощь при желудочно-кишечном кровотечении, **владеть** навыками кормления тяжелобольных, техникой промывания желудка

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Повышение артериального давления носит название артериальной гипертензии (гипертонии), а снижение — артериальной гипотензии (гипотонии). Артериальная гипертензия, развивающаяся вследствие нарушений сложных механизмов регуляции артериального давления, встречается при гипертонической болезни, болезнях почек, сосудов, заболеваниях эндокринной системы. Длительное повышение артериального давления сопровождается возникновением серьезных изменений в различных органах и системах организма (сердечно-сосудистой системе, почках, центральной нервной системе и др.) и требует систематического медицинского лечения.

При наблюдении и уходе за больными, страдающими артериальной гипертензией, большое внимание нужно уделять соблюдению требований и правил лечебно-охранительного режима, т.к. отрицательные эмоции, недостаточный сон оказывают неблагоприятное влияние на течение заболевания. Артериальное давление определяют несколько раз в день и вносят цифры в температурный лист. В диете больных артериальной гипертонией ограничивают содержание поваренной соли до 1,5-2 г. Резкое повышение артериального давления сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой и называется гипертоническим кризом. Затянувшийся гипертонический криз может привести к развитию нарушения мозгового кровообращения, ухудшению коронарного кровообращения, вплоть до возникновения инфаркта миокарда. При гипертоническом кризе больным назначают строгий постельный режим, им можно поставить горчичники на затылок или сделать горячую ножную ванну. Парентерально вводят гипотензивные средства (40-80 мг лазикса внутривенно). Введение гипотензивных средств, производят под контролем артериального давления.

Больным рекомендуют строгий постельный режим, поскольку при попытке встать может возникнуть резкое падение артериального давления (ортостатический коллапс). Артериальная гипотензия встречается порой у совершенно здоровых людей, особенно у худощавых (т.н. «астенической» конституции, но может быть и симптомом серьезных заболеваний, возникая, например, при кровотечениях, инфаркте миокарда и некоторых других состояниях).

Наблюдение и уход за больными с болями в сердце

Жалобы больного на боли в области сердца (в левой половине грудной клетки) не всегда связаны с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Болевые ощущения в этой области наблюдаются при поражениях плевры, межреберной невралгии, миозитах, остеохондрозе позвоночника, некоторых заболеваниях пищевода и желудка. Боли в области сердца могут иметь различное происхождение и обуславливаться, в частности, поражением перикарда, аорты, невротическими состояниями. Большое диагностическое и прогностическое значение имеет установление у больного наличия приступов стенокардии, возникающих вследствие ишемии миокарда на фоне спазма или атеросклероза коронарных артерий, сопровождающейся раздражением нервных рецепторов продуктами нарушенного обмена веществ в миокарде. В таких случаях приступы стенокардии характеризуются появлением загрудинных болей давящего или сжимающего характера. Боли распространяются в левое плечо, лопатку, левую половину шеи. В зависимости от того, в каких условиях появляются приступы стенокардии (при физической нагрузке, ночью во время сна), принято выделять стенокардию напряжения и стенокардию покоя. Приступы стенокардии требуют неотложной терапии, поскольку при длительном ее течении возможен переход в инфаркт миокарда. При приступе стенокардии больному необходимо обеспечить полный покой, дать нитроглицерин (таблетку или 1-3 капли спиртового раствора на сахар, под язык), который быстро устраняет спазм коронарных артерий. Хороший эффект может принести и постановка горчичников на левую половину грудной клетки. Серьезным заболеванием, периодически угрожающим жизни больного, является инфаркт миокарда, при котором в сердечной мышце происходит образование очагов ишемического некроза. Боли в области сердца при инфаркте значительно интенсивнее и продолжительнее, чем при стенокардии, сопровождаются общей слабостью, страхом смерти. Иногда при инфаркте миокарда отмечаются удушье, сильные боли в подложечной области, расстройство сердечного ритма, нарушение мозгового кровообращения. Больным с инфарктом миокарда необходима срочная госпитализация в первые же часы заболевания. При поступлении в стационар больные сразу же направляются в палату интенсивной терапии (кардиореанимацию) без санитарной обработки. Эти палаты снабжены необходимой аппаратурой для постоянного наблюдения за функциями сердечно-сосудистой и дыхательной систем; частотой

дыхания и пульса; I ритмом сердечных сокращений; уровнем артериального давления; дефибрилляторами, позволяющими устранить тяжелые нарушения ритма; кардиостимуляторами для реанимационных мероприятий при остановке сердца; аппаратами для искусственной вентиляции легких. Эти отделения в любое время суток связаны с экспресс-лабораториями, что дает возможность круглосуточно проводить необходимые исследования, они обеспечены необходимыми медикаментами и трансфузионными растворами. После стабилизации течения острого инфаркта миокарда (устранения болей с помощью введения наркотических средств, снижения свертываемости крови посредством введения гепарина и фибромцина, нормализации ритма сердечных сокращений и уровня артериального давления) больные I обычно через 5-7 дней переводятся в общетерапевтическое или кардиологическое отделение. На протяжении 2-3 недель больные инфарктом находятся на полупостельном режиме, в первые дни – на строгом постельном режиме. В этот период большое значение приобретает проведение всех необходимых мероприятий по уходу: контроль за состоянием постели, своевременная смена нательного и постельного белья, кормление больных, уход за кожными покровами, подача судна и мочеприемника, тщательное наблюдение за функциями системы дыхания и кровообращения.

Недостаточность кровообращения

Под недостаточностью кровообращения понимают неспособность сердечно-сосудистой системы обеспечить органы и ткани организма необходимым количеством крови. Выделяют сердечную и сосудистую недостаточность. Сердечная недостаточность развивается в результате различных поражений миокарда (например, при миокардитах и миокардиодистрофии, ишемической болезни сердца, пороках сердца, гипертонической болезни); она может быть острой и хронической. В клинической практике часто встречается острая левожелудочковая недостаточность, вызванная падением сократительной способности миокарда левого желудочка, проявляющаяся приступами сердечной астмы и отеком легкого, а также кардиогенным шоком. Сердечная астма возникает при значительном застое крови в малом круге кровообращения, характеризуется появлением у больного чувства выраженной нехватки воздуха (удушья) и сопровождается тяжелой одышкой в покое, цианозом. Если больному в этот период не будет оказана помощь, приступ сердечной астмы может перерасти в отек легких, появится клочущее дыхание, выделение большого количества пенистой мокроты. Отек легких при отсутствии лечебных мероприятий может закончиться смертью больного. Уход за таким пациентом заключается в придании ему полусидячего положения, применении горячих ножных ванн или наложении жгута на нижние конечности, отсасывании пенистой мокроты из верхних дыхательных путей, ингаляции кислорода вместе с парами этилового спирта. Усиление сократительной способности миокарда достигают с помощью сердечных гликозидов (строфантина, дигоксина и др.), а уменьшение объема циркулирующей крови — при использовании мочегонных препаратов (лазикса). Острое падение сократительной способности левого желудочка может привести к развитию кардиогенного шока, который характеризуется падением артериального давления, бледностью кожных покровов, холодным потом, одышкой, частым пульсом слабого наполнения и напряжения, иногда спутанностью сознания. Помощь больным с кардиогенным шоком состоит в снятии болевых ощущений (введение лекарственных наркотических средств); повышении артериального давления (введение норадреналина, мезатона); усилении сократительной способности миокарда (назначение сердечных гликозидов); повышении объема циркулирующей крови (внутривенное вливание полиглюкина, реополиглюкина и др.).

Хроническая сердечная недостаточность.

Хроническая сердечная недостаточность характеризуется постепенным ослаблением сократительной способности миокарда и проявляется нарастающей одышкой (в начале при физической нагрузке, а затем и в покое), цианозом, тахикардией, периферическими отеками, увеличением печени в результате венозного застоя. Больные с хронической сердечной недостаточностью, помимо регулярного приема лекарственных препаратов (сердечных гликозидов, мочегонных и др.), нуждаются в тщательном уходе. Больные с хронической недостаточностью, особенно в период нарастания ее декомпенсации, должны соблюдать постельный режим. Чтобы уменьшить застой в малом круге кровообращения, больным необходимо придать в постели положение с приподнятым изголовьем. В случаях тяжелой одышки применяют ингаляции кислородной смесью. Ежедневно отмечают частоту дыхания, пульса, уровень артериального давления, при этом результаты измерения записывают в температурный лист. Следует регулярно контролировать динамику отеков. Ежедневно учитывают количество выпитой за сутки жидкости и выделенной мочи (диурез). Контроль динамики отеков можно проводить и с помощью регулярного взвешивания больных. В целях борьбы с отеками больным ограничивают прием жидкости (до 800 мл - 1 л в день), а также употребление поваренной соли. При кормлении больных с хронической сердечной недостаточностью назначают лечебную диету № 10, в рацион питания включают продукты, богатые калием (курагу, печеный картофель и др.). Длительно существующие отеки приводят к вторичным изменениям кожных покровов, которые при этом изменяют свою окраску, истончаются, теряют эластичность. Необходимо тщательно ухаживать за кожей, нательным и постельным бельем, проводить обязательную профилактику пролежней.

Острая сосудистая недостаточность

Острая сосудистая недостаточность характеризуется падением сосудистого тонуса. Ее легким проявлением

является обморок, который возникает в результате нарушения центральной нервной регуляции сосудистого тонуса. Обморок проявляется побледнением кожных покровов, кратковременной потерей сознания, снижением мышечного тонуса, артериальной гипотензией. Сознание больного обычно восстанавливается в течение нескольких минут.

При обмороке больному следует придать горизонтальное положение с опущенной головой и приподнятыми ногами (для улучшения кровообращения в головном мозге), обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от стесняющей одежды, побрызгать в лицо холодной водой, похлопать по щекам, дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. Острая сосудистая недостаточность, связанная с выраженным падением сосудистого тонуса и уменьшением объема циркулирующей крови, носит название коллапса. Коллапс наблюдается при тяжелом течении ряда инфекционных и острых воспалительных заболеваний, при кровопотере, отравлениях, тяжелых нарушениях сердечного ритма, тромбоэмболии легочной артерии. При коллапсе сознание больного обычно сохранено, отмечается бледность кожных покровов, снижение температуры тела, поверхностное и учащенное дыхание, частый и малый пульс, низкое артериальное давление. Помощь при коллапсе включает в себя устранение причин его возникновения (например, остановка кровотечения, удаление ядов из организма), согревание больного, введение препаратов, повышающих артериальное давление (адреналина, мезатона, глюкокортикоидов), повышение объема циркулирующей крови (переливание крови и кровезаменяющих жидкостей).

При лечении вывихов и переломов ключицы с наложением повязки Вайнштейна необходимо правильно высушить ее и вести наблюдение за пациентом по профилактике возможных осложнений от гипсовой повязки.

В случаях множественных переломов ребер, особенно при наличии "реберных клапанов", медицинская сестра контролирует положение пациента в постели, обеспечивает фиксацию клапанов грузом (пелотом, мешочками с песком), ведет наблюдение за скелетным вытяжением за грудину или ребра (осуществляет контроль груза, обрабатывает места проведения спицевых вилок спиртосодержащими растворами антисептиков).

При подготовке к плановым операциям на легких (торахотомии, лобэктомии, пневмонэктомии) необходимо научить пациента элементам дыхательной гимнастики, убедить его отказаться от курения. При выделении мокроты обеспечить плевательницей с притертой пробкой и обучить правилам ее дезинфекции. Для лучшего опорожнения полости абсцесса от гноя научить пациента осуществлять постуральный дренаж в течение 30-60 мин несколько раз в день. Психологически подготовить пациента к мысли о необходимости дренирования полости плевры после операции, введения носовых катетеров, пребывания в ОРИТ (отделении реанимации и интенсивной терапии) для обеспечения адекватного лечения.

После операций на грудной полости в плевральную полость часто вводят дренажную трубку для эвакуации жидкости и воздуха. При нарушении герметичности дренажа могут наступить пневмоторакс и колабирование легкого (тахикардия, учащенное дыхание, цианоз). В этих случаях производят замену дренажа, отсасывают содержимое из плевральной полости и расправляют легкое.

При выделении из дренажа большого количества свежей крови (более 50 мл в час) медицинская сестра должна немедленно уведомить врача. В крови из плевральной полости периодически определяют содержание гемоглобина. Количество гемоглобина должно постепенно уменьшаться. В случае, если оно не снижается, следует думать о вторичном кровотечении в плевральную полость. Если консервативная терапия не помогает, производят повторное оперативное вмешательство для остановки кровотечения.

В настоящее время с целью профилактики послеоперационных (застойных) пневмоний, а также тромбоза и эмболии применяют активное ведение послеоперационных больных. Больных заставляют откашливать мокроту, при плохом откашливании, помогая им осуществить этот процесс. Больного сажают в постели уже на следующий день после операции.

Дренажную трубку удаляют на 2-3-и сутки после операции. После удаления дренажа больному разрешается ходить. На 2-й день после операции больной начинает заниматься дыхательной гимнастикой, а на 3й выполнять общеукрепляющие физические упражнения. Показан общий массаж тела. С целью улучшения расправления легкого больного заставляют надувать резиновую камеру.

Пункция плевральной полости (производит врач). Прокол делают в шестом—восьмом межреберье по заднеподмышечной линии или девятом—десятом межреберье по лопаточной линии (при свободной плевральной полости). Пункцию можно произвести и в другом участке, где клинически и рентгенологически обнаружена жидкость. Кожу обрабатывают раствором йода.

В зоне пункции тонкой иглой анестезируют кожу и подлежащие ткани. Пункцию производят толстой иглой, на которую надевают переходной краник или же дренажную трубку с зажимом. Содержимое плевральной полости откачивают шприцем. Перед отключением его закрывают краник или же накладывают зажим на дренажную трубку (профилактика попадания воздуха в плевральную полость).

После операции на медицинскую сестру возлагается ответственность по наблюдению за дренажами, чтобы обеспечить постоянную аспирацию содержимого из плевральной полости и регистрировать количество и характер отделяемого. Нельзя допускать самопроизвольного удаления дренажа или отсоединения его от аспиратора. Для улучшения дренажной функции бронхов и удаления слизи проводятся ингаляции растворами бикарбоната натрия и химотрипсина. Необходимо следить за положением пациента в постели: положение должно быть сидячее или полусидячее.

После вмешательств на сердце с использованием искусственного кровообращения больные нуждаются в проведении длительной ИВЛ, поэтому для контроля за их состоянием проводится подключение к специальным системам, которые обеспечивают непрерывное мониторирование (регистрацию пульса, АД, ЧДД, ЭКГ, температуры тела).

Медицинская сестра обеспечивает тщательный уход за полостью рта, кожей пациента, следит за физиологическими отправлениями, осуществляет гигиенические процедуры. По назначению врача вводит антибиотики, обезболивающие и сердечные препараты, проводит дезинтоксикационную терапию и оксигенацию.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. МЕТОД ТЕРАПИИ, ВХОДЯЩИЙ В ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ПОДГОТОВКУ БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА:

- 1) Химиотерапия;
- 2) Гормонотерапия;
- 3) Низкокалорийная диета;
- 4) Лучевая терапия;
- 5) Гипертензивная терапия;

2. АНАЛЬГЕТИКИ, ПРИНИМАЕМЫЕ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЯХ:

- 1) Баралгетас;
- 2) Бетадин;
- 3) Флуразепам;
- 4) Циркадин;
- 5) Беталок;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 14. Временные методы остановки кровотечения.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Кровотечение – одна из самых драматичных ситуаций в медицине, и потому занимает особое место в хирургии, да и в жизни самого хирурга. Кровотечение – осложнение многих, казалось бы, безобидных заболеваний и повреждений, а также следствие действий хирурга. Продолжающееся кровотечение представляет непосредственную угрозу жизни больного. При кровотечении огромное значение имеет быстрота принятия решений и оказания помощи. Умение хирурга справиться с кровотечением – показатель его профессионализма. От компетентности врача и его действий, направленных на остановку кровотечения и коррекцию острой кровопотери, зависит исход лечения. Каждый врач, независимо от его специальности, должен уметь распознать кровотечение и принять меры для его остановки. Массивная кровопотеря является абсолютным показанием к переливанию крови, которое рассматривается как трансплантация живой ткани и оказывает многостороннее влияние на организм больного. Переливание крови является мощным средством лечения самых различных заболеваний, а при ряде патологических состояний (кровотечение, анемия, шок, большие хирургические операции и др.) – единственным и пока незаменимым средством спасения жизни больных. Кровь, ее компоненты и препараты, полученные из крови, широко применяют не только хирурги, травматологи, акушеры, гинекологи, но и терапевты, педиатры, инфекционисты, врачи других специальностей

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** определять последовательность манипуляций при общем уходе за больными, обрабатывать руки на гигиеническом уровне, накладывать пузырь со льдом, определять суточный диурез, выполнять постановку очистительной клизмы, проводить наружный туалет промежности, использовать дезинфицирующие средства, **владеть** навыками ухода за кожей тяжелобольных, способностью определять степень риска развития пролежней, техникой катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером у женщин, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Кровотечение (haemorrhagia) – это истечение (выхождение) крови из просвета кровеносного сосуда вследствие его повреждения или нарушения проницаемости его стенки. При этом выделяют 3 понятия – собственно кровотечение, кровоизлияние, гематома.

О кровотечении говорят, когда кровь активно поступает из сосуда во внешнюю среду, полый орган, полости организма

В тех случаях, когда кровь, выходя из просвета сосуда, пропитывает, имbibурует окружающие ткани, говорят о кровоизлиянии.

В тех случаях, когда излившаяся кровь вызывает расслоение окружающих тканей, раздвигает органы и в результате этого образуется искусственная полость, заполненная кровью, говорят о гематоме. Иногда гематомы бывают значительных размеров. Так, при переломе костей предплечья количество излившейся крови достигает 300-500 мл, переломе плеча – 600 мл, голени – 600-800 мл, бедра – 1500-1800 мл, позвоночника – 500-2000 мл, костей таза – 2500-3500 мл. Наиболее опасны гематомы, возникающие при повреждении магистральных сосудов. В тех случаях, когда гематома сообщается с просветом артерии, развивается так называемая *пульсирующая гематома*, а позже с развитием капсулы образуется *ложная аневризма*. В зависимости от того, повреждена лишь артерия или с ней одновременно вена, аневризмы называются *артериальными* и *артериовенозными*.

Анатомическая классификация кровотечений:

- Артериальное – кровь ярко алого цвета, вытекает быстро, под давлением, пульсирующей струей.
- Венозное – кровь вишневого цвета, вытекает медленно, непрерывной струей.
- Капиллярное – кровь темно-красного цвета, вытекает на поверхность тканей общей массой, отдельных кровоточащих сосудов не видно.
- Паренхиматозное – наблюдается при повреждении паренхиматозных органов (печени, селезенки, почек, легких); по сути является капиллярным кровотечением, но опаснее последнего, так как сосуды этих органов не спадаются вследствие анатомического строения (связаны со стромой органа).

По механизму возникновения:

- Haemorrhagia per rhexin – кровотечение при механическом повреждении стенки сосуда,
- Haemorrhagia per diabrosin – кровотечение при аррозии сосудистой стенки (воспалительный процесс, распад опухоли, ферментативный перитонит и пр.),
- Haemorrhagia per diapedesin – кровотечение при нарушении проницаемости сосудистой стенки на микроскопическом уровне (авитаминоз С, геморрагический васкулит, уремия, сепсис и др.).

По отношению к внешней среде:

- наружное – кровь из раны вытекает наружу, во внешнюю среду,
- внутреннее – кровь изливается в просвет полых органов, в ткани или во внутренние полости организма. Их делят на явные и скрытые.

Внутренние явные – это кровотечения, при которых кровь через какой-то промежуток времени появляется снаружи. К ним относятся кровотечения из полости носа (epistaxis), легочное (haemoptoe), маточное (metrorrhagia), в просвет желудочно-кишечного тракта, из желчевыводящей системы (haemobilia), из почек и мочевыводящих путей (haematuria).

Внутренние скрытые кровотечения – это кровотечения, при которых кровь изливается в замкнутые полости, не сообщаемые с окружающей средой, и потому глазом не видна: haemoperitoneum (истечение крови в брюшную полость), haemothorax (в грудную), haemopericardium (в полость перикарда), haemartrosis (в полость сустава).

По времени возникновения:

- первичное – связано с непосредственным повреждением сосуда во время травмы,
- вторичные (бывают ранними и поздними).

Вторичное раннее (от нескольких часов до 4-5 суток после повреждения) развивается вследствие:

а) соскальзывания с сосуда лигатуры

б) вымывания из сосуда тромба в связи с повышением системного давления или уменьшения спастического сокращения сосуда.

Вторичное позднее (более 4-5 суток после повреждения) связано с деструкцией сосудистой стенки в результате развития в ране инфекционного процесса.

По течению:

- острые,
- хронические.

По степени тяжести кровопотери:

- легкая степень – потеря до 10-12% ОЦК (500-700 мл),
- средняя степень – потеря до 15-20% ОЦК (1000-1400 мл),
- тяжелая степень – потеря 20-30% ОЦК (1500-2000 мл),
- массивная кровопотеря – потеря более 30% ОЦК (более 2000 мл).

Компенсаторно-приспособительные механизмы

Вследствие истечения крови из сосудистого русла развивается гиповолемия – снижение объема циркулирующей жидкости. Механизм сосудистых изменений связан с рефлекторной реакцией, начинающейся с волюмо-, баро- и хеморецепторов сосудов. Раздражение волюморецепторов сердца и крупных сосудов приводит к активации структур гипоталамуса, а затем гипофиза и надпочечников. Активация симпатно-адреналовой системы приводит к следующим компенсаторно-приспособительным изменениям в организме.

- *Веноспазм.* Вены – основная емкостная часть венозного русла, в них находится 70-75% циркулирующей крови. Повышение тонуса вен компенсирует потерю ОЦК до 10-15%.
- *Приток тканевой жидкости.* Вследствие гиповолемии, а также развивающегося впоследствии симптома малого сердечного выброса и спазма артериол снижается гидростатическое давление в капиллярах, что приводит к переходу в них межклеточной жидкости. Такой механизм в первые 5 минут при кровопотере может обеспечить приток в сосуды до 10-15% ОЦК. Таким образом развивается аутогемодилуция, которая оказывает следующие эффекты: компенсирует гиповолемию, улучшает реологические свойства крови, способствует вымыванию из депо эритроцитов и восстанавливает кислородную емкость крови. К физиологическим депо организма относятся нефункционирующие капилляры (90% всех капилляров), в основном это капиллярная сеть мышечной ткани скелетной мускулатуры, а также печень (депонируется до 20% ОЦК) и селезенка (до 16% ОЦК).

- *Тахикардия.* Связана с воздействием симпато-адреналовой системы и позволяет определенное время поддерживать минутный сердечный объем на нормальном уровне.
- *Олигурия.* При гиповолемии происходит стимуляция секреции антидиуретического гормона и альдостерона, что приводит к увеличению реабсорбции воды, задержке ионов натрия и хлоридов.
- *Гипервентиляция.* Вначале направлена на увеличение присасывающего действия грудной клетки и компенсаторное увеличение притока крови к сердцу. Затем ее развитие во многом связано с метаболическими изменениями и нарушением кислотно-щелочного равновесия.
- *Периферический артериолоспазм.* Это переходный этап между компенсаторными и патологическими реакциями при кровопотере, важнейший механизм поддержания системного артериального давления и кровоснабжения головного мозга, сердца, легких.

Когда указанные компенсаторные механизмы достаточны для поддержания нормального ОЦК и кровотока, постепенно нормализуется состояние всех органов и систем. Если объем кровопотери превосходит компенсаторные возможности организма, развивается комплекс патологических расстройств.

Изменения в системе кровообращения

- *Централизация кровообращения.* Активация симпато-адреналовой системы приводит к повышению тонуса вен и периферическому артериолоспазму. В большей степени сужаются артериолы кожи, брюшной полости, почек. Коронарные и мозговые сосуды вазоконстрикции практически не подвергаются. Таким образом, благодаря повышению венозного тонуса и артериолоспазму развивается централизация кровообращения, которая является защитным механизмом, поддерживающим системную гемодинамику и наиболее оптимальный кровоток в головном мозге, легких, сердце. Но при длительном существовании такой ситуации возрастание периферического сосудистого сопротивления приводит к дальнейшему снижению сердечного выброса, нарушению реологических свойств крови, секвестрации крови и прогрессированию гиповолемии. Так формируется порочный гиповолемический круг.
- *Децентрализация кровообращения.* Снижение кровотока в печени, почках и подкожной клетчатке ведет к органной недостаточности и нарушениям метаболизма. В тканях, перфузия которых значительно снижена, развивается ацидоз, что способствует расширению капилляров и секвестрации в них крови. Так централизация сменяется децентрализацией кровообращения и в конце концов ведет к потере эффективного ОЦК, неуправляемой гипотонии и смерти.
- *Нарушение реологических свойств крови.* Сужение пре- и посткапилляров значительно уменьшает кровоток по капиллярам, что создает условия для «сладжа» форменных элементов. При нарастании ацидоза вследствие гипоксии тканей открываются прекапиллярные сфинктеры, тогда как посткапиллярные еще закрыты. Это приводит к местной гемоконцентрации, что еще более увеличивает вязкость крови. Образование внутрисосудистых агрегатов форменных элементов («сладж» эритроцитов и тромбоцитов) вызывает блокаду капилляров и выключает их из кровотока. Кроме прогрессирующей тканевой гипоксии это приводит к своеобразной секвестрации кровотока, что еще более снижает ОЦК.
- *Метаболические изменения.* Развивается гипоксия. Характер метаболизма изменяется от аэробного в сторону анаэробного. Это приводит к ацидозу, который, в свою очередь, нарушает функцию основных органов и систем.
- *Изменения в органах.* В сердце наблюдается снижение сократительной активности миокарда, уменьшение сердечного выброса. В легких развивается прогрессирующий интерстициальный отек, формируется «шоковое легкое». В почках снижается клубочковое давление и уменьшается или прекращается клубочковая фильтрация. Развивается олиго- или анурия, вплоть до острой почечной недостаточности. В печени развивается центрлобулярный некроз, нарушается функция органа, в ряде случаев развивается желтуха.

Смерть при кровотечении наступает вследствие нарушения кровообращения (острая сердечно-сосудистая недостаточность), а также, значительно реже, в связи с утратой функциональных свойств крови (перенос кислорода, углекислого газа, питательных веществ и продуктов обмена). Решающее значение в развитии исхода кровотечения имеют два фактора: объем и скорость кровопотери. Одномоментная потеря около 40% ОЦК считается несовместимой с жизнью. Определенное значение имеет общее состояние больного.

При кровотечении в замкнутую полость возможно сдавление кровью органов этой полости (легкие, сердце, головной мозг) и нарушение их функции, что создает прямую угрозу для жизни больного.

Способы временной остановки кровотечения

- 1) Наложение жгута
- 2) Пальцевое прижатие артерий на протяжении

- 3) Прижатие кровотока в ране
- 4) Максимальное прижатие конечности
- 5) Возвышенное положение конечности
- 6) Давящая повязка
- 7) Тампонада раны
- 8) Наложение зажима на кровотокающий сосуд
- 9) Временное шунтирование

Техника выполнения временной остановки кровотечения методом пальцевого прижатия артерии на протяжении

Показания: применяется для немедленной временной остановки наружного кровотечения при повреждении крупных магистральных артерий.

Последовательность действий:

- 1) Прежде всего, необходимо определить наружное кровотечение и определить его источник.
- 2) При ранении конечности пальцевое прижатие производят выше раны, при ранении головы и шеи - ниже
- 3) Пальцевое прижатие артерии производят в определенных анатомических точках, где артерии лежат ближе к костям, к которым их можно прижать и перекрыть просвет сосуда. Основные точки пальцевого прижатия артерий:

Название артерии	Внешние ориентиры	Подлежащая кость
A. temporalis	2см кверху и кпереди от отверстия наружного слухового прохода	Височная кость
A. facialis	2см от угла нижней челюсти	Нижняя челюсть
A. carotis communis	Середина внутреннего края кивательной мышцы (верхний край щитовидного хряща)	Сонный бугорок поперечного отростка VI шейного позвонка
A. subclavia	Позади ключицы в средне трети	1 ребро
A. axilaris	Передняя граница роста волос в подмышечной впадине	Головка плечевой кости
A. brachialis	Медиальный край двуглавой мышцы	Внутренняя поверхность плеча
A. femoralis	Середина паховой связки (по костным ориентирам)	Горизонтальная ветвь лонной кости
A. popliteal	Вершина подколенной ямки	Задняя поверхность большеберцовой кости
Aorta abdominalis	Область пупка(прижатие кулаком)	Поясничный отдел позвоночника

- 3) прижать артерию можно пальцем (пальцами), кулаком.
- 4) после того как артериальное кровотечение остановлено, готовят и осуществляют временную остановку кровотечения наложением резинового жгута.

Техника выполнения временной остановки кровотечения наложением жгута.

Показания: артериальное кровотечение на конечности, любое массивное кровотечение на конечности.

Последовательность действий:

- 1) Конечность приподнимают.
- 2) Жгут накладывают проксимальнее раны, как можно ближе к ней.
- 3) На конечность в месте наложения жгута помещают прокладку из мягкой ткани (одежды) без образования складок. Жгут можно накладывать на одежду пострадавшего не снимая ее.

4) Существуют два способа наложения жгута

- Мужской - жгут захватывают правой рукой у края с застежкой, а левой 30-40 см ближе к середине. Затем жгут растягивают, подводят под конечность и накладывают первый циркулярный тур таким образом, чтобы начальный участок перекрывался следующим туром.

Последующие туры жгута накладываются по спирали в проксимальном направлении с нахлестом друг на друга, не натягивая, так как они служат лишь для укрепления жгута.

- Женский - первый тур жгута накладывается без натяжения, а натягивают второй тур которым и сдавливают артериальные стволы.

5) Конец жгута закрепляется либо цепочкой, либо кнопочным замком.

6) Под одним из туров жгута помещают записку с датой и временем наложения жгута.

7) Часть тела, где наложен жгут, должна быть доступна для осмотра.

8) Производят транспортную иммобилизацию конечности для профилактики вторичных ранних кровотечений, связанных с ослаблением жгута.

9) Немедленно транспортируют пострадавшего в лечебное учреждение.

10) Жгут нельзя держать больше 2 часов на нижних конечностях и 1,5 часа на верхних.

11) При необходимости длительной транспортировки пострадавшего жгут каждый час распускают примерно на 10 - 15 мин заменяя этот метод пальцевым прижатием.

Критерии правильного наложения жгута

- Остановка кровотечения
- Прекращение периферической пульсации
- Бледная и холодная конечность

Ошибки при наложении жгута

- Чрезмерное затягивание вызывает сдавливание мягких тканей, мышц, нервов, сосудов.
- Недостаточно затянутый жгут не останавливает кровотечения, а наоборот, создавая венозный застой, усиливает кровотечение.
- Наложение не по показаниям.
- Наложено на голое тело и далеко от раны.
- Плохое закрепление концов жгута.
- наложение жгута на зону гнойно-воспалительного процесса
- запрещено наложение жгута в средней трети плеча из-за возможного повреждения лучевого нерва.

Осложнения:

Развитие гангрены конечности, гнилостной флегмоны, парезов и параличей при чрезмерном затягивании жгута или держании его дольше допустимого времени.

Техника наложения давящей повязки

- кожу вокруг раны обрабатывают 5% раствором спирта и йода;
- на кровоточащую рану накладывают подушечки пакета перевязочного индивидуального, комков ваты в марле, матерчатый пелот;
- после этого проводят тугое бинтование;

- транспортируют пострадавшего в лечебное учреждение в сопровождении мед. работника.

Техника выполнения передней тампонады носа при носовом кровотечении

- 1) Усадить больного, несколько наклонив в голову вперед;
- 2) Нос больного расположен над лотком, который держит пациент;
- 3) При помощи пинцета с узкими браншами с углом 45° глубоко в передний отдел носа вводят стерильную марлевую турунду, смоченную 3% раствором перекиси водорода или стерильным вазелиновым маслом;
- 4) Наложить пращевидную повязку на нос;
- 5) По показаниям больной госпитализируется в лечебное учреждение на носилках в полусидячем положении;
- 6) время тампонады 24-48 часов.

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ПРИ ЕЕ НОЖЕВОМ РАНЕНИИ:

- 1) поднятие конечности;
- 2) давящую повязку на сосуд;
- 3) наложение жгута Эсмарха на бедро выше раны;
- 4) внутривенное введение CaCl_2 ;
- 5) введение витамина К;

2. СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕЕ НОЖЕВОМ РАНЕНИИ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА:

- 1) давящую повязку;
- 2) переливание плазмы;
- 3) наложение жгута ниже раны;
- 4) наложение жгута выше раны;
- 5) приподнятое положение конечности;

3. СПОСОБ ОСТАНОВКИ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОВЕРХНОСТНОЙ РАНЫ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ:

- 1) наложение жгута Эсмарха;
- 2) пальцевое прижатие плечевой или бедренной артерии;
- 3) поднятие конечности выше уровня сердца;
- 4) перевязка сосуда на протяжении;
- 5) наложение кровоостанавливающего зажима в ране;

4. К МЕТОДАМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ:

- 1) перевязка сосуда в ране;
- 2) наложения жгута;
- 3) использование 3% раствора перекиси водорода;
- 4) шунтирование;
- 5) тампонада раны большим салником;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Правильное питание, ЗОЖ, активность

Вопрос 1: Как Вы думаете, какие осложнения могут развиваться;

Вопрос 2: Как правильно осуществлять уход за раной;

Вопрос 3: Какая терапия необходима;

Вопрос 4: Сроки диспансеризации;

Вопрос 5: Ваши рекомендации больному;

- 1) Тромбозы, инфекция послеоперационной раны;
- 2) Уход за раной заключается в следующем: необходимо максимально ограничить контакт больного с окружающими, с целью уменьшения риска попадания инфекции, следить за повязкой (проверять наличие отделяемого) и за состоянием швов;
- 3) Антиагреганты пожизненно, антикоагулянты;
- 4) Диспансеризация (первые 6 мес. 2 раза в месяц, след. год 1 раз в месяц, затем 1 раз в 6-12 мес. ЭхоКГ каждые 6 мес.);
- 5) Контроль МНО, прием антикоагулянтов, избегать чрезмерной физ. Нагрузки;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- **обязательная:**

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.

1. Тема № 15. Основы сердечно-лёгочной реанимации. Восстановление проходимости дыхательных путей.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): для современного общества характерны высокая урбанизация, технизация. Травмы, острая сердечно-сосудистая патология ежегодно уносят миллионы жизней. Часто в критических ситуациях жизнь пациента зависит от своевременных и адекватных действий врача. Вне зависимости от своей специализации врач должен уметь диагностировать и оказать помощь больному с угрожающим жизни состоянием. Изучение методов диагностики, реанимации и интенсивной терапии острой дыхательной недостаточности является важным моментом подготовки врачей всех специальностей

3. Цели обучения

- **обучающийся должен знать , уметь** осуществлять транспортировку больного внутри учреждения, использовать дезинфицирующие средства, **владеть** навыками ухода за кожей тяжелобольных, способностью определять степень риска развития пролежней, навыками общения в медицинском коллективе: врач-средний медицинский персонал, медицинская сестра-пациент, младшая медицинская сестра по уходу-пациент при осуществлении общего и специального ухода за больными в профессиональной деятельности

4. Аннотация (краткое содержание темы)

Реанимация — это комплекс мероприятий, направленных на оживление организма.

Задачей реаниматолога являются восстановление и поддержание сердечной деятельности, дыхания и обмена веществ больного. Реанимация наиболее эффективна в случаях внезапной остановки сердца при сохранившихся компенсаторных возможностях организма. Если же остановка сердца произошла на фоне тяжелого неизлечимого заболевания, когда полностью истощены компенсаторные возможности организма, реанимация неэффективна.

Различают три вида терминальных состояний в зависимости от клинических признаков со стороны ЦНС, ССС и дыхательной системы. Это преагональное состояние, агония и клиническая смерть.

Клинические признаки со стороны ЦНС:

- Сознание.
- Глазные рефлексы (роговичный, зрачка на свет.)

Клинические признаки со стороны ССС:

- Пульс.
- Артериальное давление.
- Тоны сердца.
- Клинические признаки со стороны дыхательной системы:

- Наличие экскурсии грудной клетки.
- Частота и глубина дыхания.

Преагональное состояние.

- Затемненное или спутанное сознание.
- Глазные рефлексы сохранены.
- Нитевидный или слабый частый пульс, возможно не прощупывается.
- Артериальное давление 60 – 70 мм. рт. ст., может не определяться.

Агония.

- Сознание отсутствует.
- Арефлексия.
- Пульс с трудом прощупывается только на сонных артериях, но чаще исчезает совсем.
- Артериальное давление не определяется.

-Тоны сердца резко приглушены.

-Дыхание поверхностное, аритмичное, судорожное или значительно урежено.

Клиническая смерть.

Наступает сразу после остановки дыхания и кровообращения. Это своеобразное переходное состояние от жизни к смерти, длящееся 3—5 мин. Основные обменные процессы резко снижены и в отсутствие кислорода осуществляются за счет анаэробного гликолиза. Через 5—6 мин развиваются необратимые явления, прежде всего в ЦНС, и наступает истинная, или биологическая, смерть.

Остановка сердца может быть внезапной или постепенной на фоне длительного хронического заболевания; в последнем случае остановке сердца предшествуют преагональное состояние и агония. Причинами внезапной остановки сердца являются инфаркт миокарда, закупорка (обструкция) верхних дыхательных путей инородными телами, рефлекторная остановка сердца, ранение сердца, анафилактический шок, электротравма, утопление, тяжелые метаболические нарушения (гиперкалиемия, метаболический ацидоз).

Признаками остановки сердца, т. е. наступления клинической смерти, являются:

1) Отсутствие пульса на сонной артерии; 2) расширение зрачка с отсутствием его реакции на свет; 3) остановка дыхания; 4) отсутствие сознания; 5) бледность, реже цианоз кожных покровов; 6) отсутствие пульса на периферических артериях; 7) отсутствие артериального давления; 8) отсутствие тонов сердца.

Время для установления диагноза клинической смерти должно быть предельно коротким. Абсолютные признаки — отсутствие пульса на сонной артерии, остановка дыхания, расширение зрачков с отсутствием их реакции на свет. При наличии этих признаков следует сразу же приступить к реанимации. Сердечно-легочная реанимация. Существует 4 этапа сердечно-легочной реанимации: I — восстановление проходимости дыхательных путей; II — искусственная вентиляция легких; III — массаж сердца; IV — дифференциальная диагностика, лекарственная терапия, дефибрилляция сердца.

I — восстановление проходимости дыхательных путей; II — искусственная вентиляция легких; III — массаж сердца; IV — дифференциальная диагностика, лекарственная терапия, дефибрилляция сердца.

Первые три этапа могут быть проведены во внебольничных условиях и немедицинским персоналом, имеющим соответствующие навыки по реанимации; IV этап осуществляется врачами скорой помощи и реанимационных отделений.

Этап I — восстановление проходимости дыхательных путей.

Причиной нарушения проходимости дыхательных путей могут быть слизь, мокрота, рвотные массы, кровь, инородные тела, западение языка.

Пострадавшего или больного необходимо уложить на спину на твердую поверхность, повернув голову набок, скрещенными I и II пальцами левой руки раскрыть рот и очистить полость рта носовым платком или салфеткой, намотанными на II или III палец правой руки. Затем голову повернуть прямо и максимально запрокинуть назад. При этом одна рука размещается под шею, другая располагается на лбу и фиксирует голову в запрокинутом виде. При запрокидывании. Головы назад нижняя челюсть оттягивается вверх вместе с корнем языка, что восстанавливает проходимость дыхательных путей. Для устранения непроходимости дыхательных путей применяют также воздуховоды.

Этап II — искусственная вентиляция легких.

На первых этапах сердечно-легочной реанимации она осуществляется методами изо рта в рот, изо рта в нос и изо рта в рот и в нос.

Для проведения искусственного дыхания изо рта в рот, оказывающий помощь становится сбоку от пострадавшего, а если пострадавший лежит на земле, то опускается на колени, одну руку подсовывает под шею, вторую кладет на лоб и максимально запрокидывает голову назад, I и II пальцами зажимает крылья носа, делает вдох и, плотно прижав свой рот ко рту пострадавшего, делает резкий выдох. Затем отстраняется для осуществления больным пассивного выдоха. Объем вдвухаемого воздуха — от 500 до 700 мл. Частота дыхания 12-18 в 1 мин. Контролем правильности проведения искусственного дыхания является экскурсия грудной клетки — раздувание при вдохе и спадение при выдохе.

При травматических повреждениях нижней челюсти или в случаях, когда челюсти плотно стиснуты, рекомендуется проводить ИВЛ методом изо рта в нос. Для этого, положив руку на лоб, запрокидывают голову назад, другой рукой

захватывают нижнюю челюсть и плотно прижимают ее к верхней челюсти, закрывая рот. Губами захватывают нос пострадавшего и производят выдох. У новорожденных детей ИВЛ осуществляется методом изо рта в рот и в нос. Голова ребенка запрокинута назад. Своим ртом реаниматор охватывает рот и нос ребенка и осуществляет вдох. Дыхательный объем новорожденного составляет 30 мл, частота дыхания 25-30 в 1 мин. В описанных случаях ИВЛ необходимо осуществлять через марлю или носовой платок, чтобы предупредить инфицирование дыхательных путей того, кто проводит реанимацию. С этой же целью ИВЛ можно проводить с помощью S-образной трубки (воздуховод), которая используется только медицинским персоналом. Трубка изогнута, удерживает корень языка от западения и тем самым предупреждает обтурацию дыхательных путей. Трубку вводят в ротовую полость изогнутым концом вверх, скользя по нижнему краю верхней челюсти. На уровне корня языка поворачивают её на 180°. Манжетка трубки плотно закрывает рот пострадавшего, а нос его зажимают пальцами. Через свободный просвет трубки осуществляют дыхание.

ИВЛ можно проводить также лицевой маской с мешком Амбу. Маску накладывают на лицо пострадавшего, закрывая рот и нос. Узкую носовую часть маски фиксируют большим пальцем, нижнюю челюсть приподнимают вверх тремя пальцами (III, IV, V). II палец фиксирует нижнюю часть маски. Одновременно голова фиксируется в запрокинутом положении. Ритмичным сжатием мешка свободной рукой производят вдох, пассивный выдох осуществляется через особый клапан в атмосферу. К мешку можно подвести кислород. Признаком правильности проведения искусственного дыхания

служит – экскурсия грудной клетки.

Этап III—массаж сердца.

Сжатие сердца позволяет искусственно создать сердечный выброс и поддержать циркуляцию крови в организме. При этом восстанавливается кровообращение жизненно важных органов: мозга, сердца, легких, печени, почек. Различают непрямой (закрытый) и прямой (открытый) массаж сердца.

До начала массажа сердца, при желудочковой тахикардии без пульса, нужно использовать прекардиальный удар. На догоспитальном этапе, как правило, проводят непрямой массаж, при котором сердце сжимают между грудиной и позвоночником. Манипуляцию проводят, уложив больного на твердую поверхность или подложив под его грудную клетку щит. Ладони накладывают одна на другую под прямым углом, расположив их на нижней трети грудины и отступив кверху от места прикрепления мечевидного отростка к груди на 2 см. Надавливая на грудину с усилием, равным 8-9 кг, смещают ее к позвоночнику на 4-5 см. Массаж сердца осуществляют непрерывно ритмичным надавливанием на грудину выпрямленными руками с частотой 60 надавливаний в 1 мин.

У детей до 10 лет массаж сердца выполняют одной рукой с частотой 80 надавливаний в 1 мин. У новорожденных наружный массаж сердца проводят двумя (II и III) пальцами, располагая их параллельно сагиттальной плоскости грудины. Частота надавливаний 120 в 1 мин.

Прямой массаж сердца применяют при операциях на грудной клетке, множественных переломах ребер, деформациях грудной клетки и неэффективном непрямом массаже. Для осуществления прямого массажа сердца производят вскрытие грудной клетки в четвертом межреберье слева. Руку вводят в грудную полость, четыре пальца подводят под нижнюю поверхность сердца, большой палец располагают на его передней поверхности. Проводят массаж ритмичным сжатием сердца. При операциях, когда грудная клетка широко раскрыта, массаж сердца можно проводить двумя руками. При тампонаде сердца необходимо вскрыть перикард.

Реанимационные мероприятия могут проводить один или два человека. При проведении реанимационных мероприятий одним человеком, оказывающий помощь становится сбоку от пострадавшего. После установления диагноза остановки сердца очищают полость рта. Затем последовательно чередуют 30 надавливаний на грудину с 2 вдуваниями в легкие.

Если реанимационные мероприятия проводят два человека, один из них осуществляет массаж сердца, другой — ИВЛ. Соотношение между ИВЛ и закрытым массажем составляет 2:30. Проводящий ИВЛ контролирует по наличию пульсации на сонной артерии правильность проведения массажа сердца, а также следит за состоянием зрачка. Два человека, проводящие реанимацию, периодически меняются.

Реанимационные мероприятия у новорожденных проводит один человек, который осуществляет последовательно 3 вдувания в легкие, а затем 15 надавливаний на грудину.

Об эффективности реанимации судят по сужению зрачка, появлению его реакции на свет и наличию роговичного рефлекса. Поэтому реаниматор периодически должен следить за состоянием зрачка. Через каждые 2-3 мин необходимо прекращать массаж сердца, чтобы определить появление самостоятельных сокращений сердца по пульсу на сонной артерии. При их появлении массаж сердца прекращают и продолжают ИВЛ. Показанием к прекращению реанимационных мероприятий в случае их неэффективности служат четкие признаки биологической

смерти. Но имеет смысл продолжить их, через 20-30 мин, в случае: реанимации детей, при утоплении, при рецидивирующей фибрилляции желудочков или когда пострадавший находится в состоянии гипотермии.

Этапам сердечно-легочной реанимации (восстановление проходимости дыхательных путей, ИВЛ, непрямой массаж сердца) обучают широкие массы населения — школьников, рабочих на производстве, студентов, работников специальных служб (милиции, ГАИ, пожарной охраны, службы спасения на воде), средний медицинский персонал.

Этап IV— дифференциальная диагностика, медикаментозная терапия, дефибрилляция сердца.

Осуществляется только врачами-специалистами в отделении реанимации или в реанимобиле. На этом этапе проводят такие сложные манипуляции, как электрокардиографическое исследование, внутривенное или внутрисердечное введение лекарственных средств: 0,1% раствор адреналина-1 мл в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида; 10% раствор кальция хлорида - 10 мл; 2% раствор натрия гидрокарбоната - 20 мл. Допустимо введение адреналина эндотрахеально (через интубационную трубку или путем прокола трахеи) в связи с высокой всасывающей способностью слизистой оболочки трахеи.

При крупноволновой фибрилляции, регистрируемой кардиоскопом или электрокардиографом, проводится дефибрилляция (мощность тока, начиная с 3 кВт). Предельного числа дефибрилляций не существует, но не меньше трех. Первый электрод дефибриллятора следует наложить во втором межреберии справа. Второй, в области верхушки сердца (пятое межреберие справа на 1 - 2 см. кнутри от срединноключичной линии)

5. Вопросы по теме занятия

6. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

- 1) целесообразно проводить;
- 2) не целесообразно проводить;
- 3) в зависимости от продолжительности клинической смерти;
- 4) в зависимости от возраста пострадавшего;
- 5) в зависимости от причины клинической смерти;

2. РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЕЛАТЬ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ:

- 1) физические нагрузки;
- 2) дыхательную гимнастику;
- 3) курить;
- 4) не применять болеутоляющие средства;
- 5) выходить на улицу при очень низких или очень высоких температурах;

7. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

1. Мужчина, 30 лет, получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может

Вопрос 1: Вследствие чего произошла остановка;

Вопрос 2: Что необходимо сделать перед началом сердечно - лёгочной реанимации;

Вопрос 3: Какие меры предосторожности необходимо предпринять при проведении искусственного дыхания для защиты оказывающего помощь от бактериальной инфекции;

Вопрос 4: Опишите положение, которое нужно придать больному для проведения сердечно-лёгочной реанимации;

Вопрос 5: Опишите технику проведения сердечно-лёгочной реанимации;

- 1) Вследствие попадания жидкой пищи в дыхательные пути;
- 2) Санировать ротовую полость и верхние дыхательные пути, удалить прочие инородные предметы из ротовой полости;
- 3) Использовать марлю, сложенную в несколько раз, платок или иное средство для предотвращения прямого контакта с больным;
- 4) 1. Пострадавшего следует уложить на спину и расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание и кровообращение в области грудной клетки. 2. Запрокинуть голову пострадавшего нужно, подведя одну руку под его шею и осторожно приподнять ее, а другую поместить на лоб и надавить на него до максимального запрокидывания - это обычно приводит к раскрытию рта пострадавшего. Если рот пострадавшего закрыт и его подбородок отвисает (мышцы шеи расслаблены), необходимо выдвинуть нижнюю челюсть вперед, переводя руку из-под шеи пострадавшего на его подбородок; следуют при этом удерживать рот пострадавшего слегка раскрытым. Осмотреть полость рта на наличие там посторонних включений (рвотные массы, остатки пищи, слизь и т.п.). В случае необходимости быстро освободить полость рта пальцем, обернутым платком или марлей. Сделать 2-3 пробных вдоха в легкие пострадавшего. Положить основание ладони одной руки на грудину

пострадавшего, отступив 2 пальца от края мечевидного отростка, сверху на нее положить ладонь другой руки. Энергичным толчкообразным движением выпрямленных рук надавливать на грудину, на глубину 4-5 см, используя при этом вес собственного тела; после каждого надавливания давать возможность расправиться грудной клетке самостоятельно, при этом руки от груди не отнимать.;

5) Если оказывают помощь два человека, то один из них делает непрямой массаж сердца, а другой – искусственное дыхание. При этом соотношение вдуваний в рот или в нос пострадавшего и непрямого массажа сердца составляет 1:5. Если помощь оказывает один человек, то очередность манипуляций и их режим изменяются – через каждые 2 вдоха воздуха в легкие пострадавшему производят 15 сдавлений груди(2:15);

2. В отделении пульмонологии ККБ больной с обструкцией дыхательных путей вследствие скопления гнояного отделяемого в бронхиальном дереве дал остановку дыхания и сердечной деятельности

Вопрос 1: Что нужно сделать перед началом сердечно-лёгочной реанимации;

Вопрос 2: Каким методом будет проводиться искусственное дыхание в условиях стационара;

Вопрос 3: Назовите «азбуку реанимации»;

Вопрос 4: Назовите соотношение числа вдохов к числу стимуляций работы сердца при проведении сердечно-лёгочной реанимации одним человеком;

Вопрос 5: Опишите последовательность действий при проведении сердечно-лёгочной реанимации;

1) Произвести санацию ротовой полости, интубацию больного и санацию бронхиального дерева;

2) При помощи мешка Амбу;

3) А - (airway) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей пострадавшего; В - (breathe) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ); С - (circulation) диагностика остановки кровообращения, поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца. D -(drugs) применение лекарственных препаратов E- электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента;

4) 2:15;

5) Пострадавшего следует уложить на спину и расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание и кровообращение в области грудной клетки. Запрокинуть голову пострадавшего нужно, подведя одну руку под его шею и осторожно приподнять ее, а другую поместить на лоб и надавить на него до максимального запрокидывания - это обычно приводит к раскрытию рта пострадавшего. Если рот пострадавшего закрыт и его подбородок отвисает (мышцы шеи расслаблены), необходимо выдвинуть нижнюю челюсть вперед, переводя руку из-под шеи пострадавшего на его подбородок; следуют при этом удерживать рот пострадавшего слегка раскрытым. Осмотреть полость рта на наличие там посторонних включений (рвотные массы, остатки пищи, слизь и т.п.). В случае необходимости быстро освободить полость рта пальцем, обернутым платком или марлей. Сделать 2-3 пробных вдоха в легкие пострадавшего. Положить основание ладони одной руки на грудину пострадавшего, отступив 2 пальца от края мечевидного отростка, сверху на нее положить ладонь другой руки. Энергичным толчкообразным движением выпрямленных рук надавливать на грудину, на глубину 4-5 см, используя при этом вес собственного тела; после каждого надавливания давать возможность расправиться грудной клетке самостоятельно, при этом руки от груди не отнимать.;

3. Вы находитесь в гостях у своих друзей. Ребёнок 11 месяцев подавился пуговицей, начал задыхаться. К моменту, когда вы его обнаружили дыхание отсутствовало, кожные покровы приобрели восковую бледность, пульс нитевидный, слабый

Вопрос 1: Что нужно предпринять перед началом реанимационных мероприятий;

Вопрос 2: Необходимо ли в данном случае проводить закрытый массаж сердца;

Вопрос 3: Чем отличается техника проведения искусственного дыхания и закрытого массажа сердца у младенцев до 1 года;

Вопрос 4: Назовите алгоритм сердечно-лёгочной реанимации;

Вопрос 5: Назовите виды утопления (классификация по причине остановки дыхания);

1) Удалить все инородные предметы из дыхательных путей;

2) Нет;

3) Младенцы – 2 пальца на нижней половине грудины (на уровне сосков), глубина надавливания – 2 см. Цикл – 5 надавливаний, 1 вдувание. Взрослые – 2 руки на нижней половине грудины, глубина надавливания – 4-5 см. Цикл – 15 надавливаний, 2 вдувания.;

4) Проверяем признаки клинической смерти: -дыхание -пульс -реакция зрачка на свет -реакция «кошачий глаз»;

5) Выдвигаем нижнюю челюсть ·Очищаем ротовую полость ·Запрокидываем голову ·Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему ·Находим правильное положение для рук (на 2 пальца выше мечевидного отростка укладываем основание ладони на грудину пострадавшего) ·Делаем 15 резких надавливаний ·Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему ·Делаем 15 резких надавливаний ·Через 5 циклов: проверяем появился пульс или нет, если нет, то продолжаем делать надавливания ·Если появился пульс, а дыхание –нет, то надавливания больше не делаем, а выдохи в рот продолжаем через каждые 5-6 сек. ·Через 30 мин проверяем признаки «биологической» смерти, это симптом кошачий глаз. Истинное (мокрое), асфиксическое (сухое) смерть в воде (белое);

4. Вы идёте по улице. Перед вами на дороге лежит человек без видимых признаков повреждения

Вопрос 1: Алгоритм действий при обнаружении пострадавшего;

Вопрос 2: Назовите азбуку реанимации;

Вопрос 3: Назовите пять правил нанесения прекардиального удара по груди;

Вопрос 4: Бывает ли остановка дыхания без остановки сердца;

Вопрос 5: Алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации;

1) Установить отсутствие сознания (окликнуть или осторожно «пошевелить» пострадавшего, похлопать ладонями по его щекам или слегка ущипнуть за щеку) Проверить пульс на сонной артерии. Определить реакцию зрачка на свет (приподнять пострадавшему верхнее веко, проверив состояние зрачков). Убедиться в отсутствии дыхания. Можно использовать волосок, приложенный к носу (колеблется или нет).;

2) А - (airway) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей пострадавшего; В - (breathe) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ); С - (circulation) диагностика остановки кровообращения, поддержание искусственного кровообращения путем наружного массажа сердца. D -(drugs) применение лекарственных препаратов E- электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента;

3) 1.Прежде чем наносить удар, необходимо убедиться в отсутствии пульса на сонной артерии. НЕЛЬЗЯ !!!

Наносить удар при наличии пульса на сонной артерии. 2. Прежде чем наносить удар, следует освободить грудную клетку от одежды или, по крайней мере, убедиться, что в месте нанесения удара нет пуговиц, медальонов либо других предметов. Даже нательный крестик может в этом случае сыграть роковую роль. НЕЛЬЗЯ !!! Наносить удар, не освободив грудную клетку от одежды. 3. Необходимо двумя пальцами левой руки прикрыть мечевидный отросток, чтобы уберечь его от удара: он легко отламывается от грудной клетки и травмирует печень, что может привести к трагическому исходу. НЕЛЬЗЯ !!! Наносить удар по мечевидному отростку. 4. Удар наносится ребром сжатой в кулак ладони, чуть выше мечевидного отростка, прикрытого двумя пальцами другой руки. Удар по груди напоминает удар кулаком по столу рассерженного начал ьника. При этом цель удара -не «проломить» грудную клетку, а сотрясти ее. НЕЛЬЗЯ !!! Наносить удар детям младше 7 лет. 5. После удара необходимо проконтролировать пульс на сонной артерии. Если после удара(1 раз) по груди оживания не произошло, то необходимо приступить к комплексу сердечно-легочной реанимации;

4) Да;

5) Проверяем признаки клинической смерти: -дыхание -пульс -реакция зрачка на свет -реакция «кошачий глаз» ·Выдвигаем нижнюю челюсть ·Очищаем ротовую полость ·Запрокидываем голову ·Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему ·Находим правильное положение для рук (на 2 пальца выше мечевидного отростка укладываем основание ладони на грудину пострадавшего) ·Делаем 15 резких надавливаний ·Делаем 2 выдоха в рот пострадавшему ·Делаем 15 резких надавливаний ·Через 5 циклов: проверяем появился пульс или нет, если нет, то продолжаем делать надавливания ·Если появился пульс, а дыхание -нет, то надавливания больше не делаем, а выдохи в рот продолжаем через каждые 5-6 сек. ·Через 30 мин проверяем признаки «биологической» смерти, это симптом кошачий глаз;

5. В хирургическом отделении больной на 3-ий день после операции по аппендэктомии поднялся с постели. Появился цианоз верхней половины тела, больной упал в обморок. Наступила остановка дыхания, пульс на периферических сосудах не прощупывается

Вопрос 1: Опишите метод Сафара (правило ABC);

Вопрос 2: Какие ещё буквы включает в себя "азбука реанимации"? Расшифруйте;

Вопрос 3: Опишите особенности проведения сердечно-лёгочной реанимации у детей 1-8 лет;

Вопрос 4: Каким методом проводят искусственное дыхание в условиях стационара;

Вопрос 5: Как можно стимулировать работу сердца при реанимации;

1) А - восстановление проходимости дыхательных путей; Б - восстановление дыхания (начать искусственную вентиляцию легких); С - поддержание кровообращения путем массажа сердца;

2) D -(drugs) применение лекарственных препаратов E- электрокардиограмма для контроля за состоянием пациента;

3) Одна рука на нижней половине грудины; Глубина надавливания - 3 см.; Цикл - 5 надавливаний : 1 вдувание;

4) При помощи мешка Амбу;

5) Медикаметозно, при помощи дефибриллятора, непрямой и прямой массаж сердца;

8. Рекомендованная литература по теме занятия

- обязательная:

Глухов, А. А. [Основы ухода за хирургическими больными](#) : учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотских. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 288 с. - Текст : электронный.