

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего профессионального образования  
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения  
и медицины катастроф**

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой мобилизационной  
подготовки здравоохранения и медицины  
катастроф, профессор С.Н. Линченко  
«    » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**Тема № 15. Основы ухода за хирургическими больными**

**ЛЕКЦИЯ**

Рассмотрена на заседании кафедры  
мобилизационной подготовки  
здравоохранения и медицины  
катастроф  
«    » \_\_\_\_\_ 2017 г.  
Протокол № \_\_\_\_\_

**Краснодар, 2017**

**Учебные цели:**

1. Ознакомить студентов с отечественными и зарубежными традициями и правилами ухода за больными.
2. Довести до студентов содержание понятия «уход за больным» и специфику видов ухода.
3. Ознакомить студентов с организацией работы хирургического стационара.

**Учебные вопросы:**

1. Введение.
2. Исторические традиции ухода за больным.
3. Определение понятия «уход за больным». Виды ухода.
4. Организация работы ЛПУ и хирургического отделения.

**Время: 2 часа****Литература:**

1. Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И., Боев С.Н. Основы ухода за хирургическими больными: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Евсеев М.А. Уход за хирургическими больными: учеб. пособие. - М.: «ГЭОТАР-медиа», 2008.
3. Суковатых Б.С., Сумина С.А. Уход за хирургическими больными: учеб. пособие. - М.: 2007.
4. Шевченко А.А. Клинический уход за хирургическими больными. «Уроки доброты»: учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

**Текст лекции:**

## **ВВЕДЕНИЕ**

Уход за больным, в том числе хирургического профиля, является одним из наиболее важных разделов медицинской деятельности. Как бы хорошо не было выполнено оперативное вмешательство, без качественного ухода за больным в пред-, и особенно послеоперационном периодах, обойтись нельзя. Известно много случаев, когда блестяще сделанная операция не приводила к ожидаемым результатам именно из-за неграмотного или недостаточно внимательного ухода.

Основная роль и ответственность в обеспечении ухода отводится врачу и медицинской сестре. В тоже время нельзя недооценивать и роли младшего медицинского персонала.

В современных условиях уход за больным приобретает особое значение, что обусловлено значительным расширением показаний к оперативным методам лечения, усложнением самих оперативных вмешательств и др.

Обеспечить качественный уход за больным без адекватной внутренней мотивации у медицинского работника, милосердия и терпения очень сложно. Однако какими бы положительными душевными качествами не обладал медицинский работник, реализовать программу ухода на требуемом уровне без специальных знаний и практической подготовки невозможно.

Проведение качественного профессионального ухода за больным требует от медицинского работника знаний основ медицинской этики и деонтологии; асептики и антисептики; вопросов личной гигиены больного, санитарно-эпидемиологического режима в лечебно-профилактическом учреждении, подготовки больного к операции, ведения больного в пред- и послеоперационном периодах многих других.

К сожалению, бывают случаи, когда медицинский работник, осуществляющий уход за больным недооценивает важность тех или иных манипуляций, считая их второстепенными или малозначимыми. Считаем необходимым подчеркнуть, что мелочей при уходе, особенно за тяжелым больным, нет. Все стандарты, предусмотренные программой лечебных мероприятий, должны быть соблюдены.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ ТРАДИЦИИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ**

Первые сведения по уходу за больным были выявлены в мифологии древней Эллады. По легендам известно, что *Асклепий* (лат. Эскулап) — бог врачевания, и одна из его дочерей *Гиги́я* (отсюда термин гигиена) сыграли большую воспитательную роль в истории человечества. Лечение в греческих асклепийонах, созданных при храмах, в основном сводилось к внушению, применению водных процедур и массажа. В последующем древнегреческие и римские скульпторы отражали культ здоровья и красоты (обливание, растирание, массаж). Значительное место в работах *Гиппократ* и *Галена* отводилось диетическому лечению, стимулированию испарения кожи, растиранию и физическим упражнениям.

После распада Римской империи Восточные государства (Византия) совершенствовали медицину античного рабовладельческого строя. В арабских халифатах были организованы первые больницы. В отличие от военных госпиталей (валетудинариев) в Древнем Риме, убежищ для калек и рожениц в Древнем Египте, небольших частных ятрей в Древней Греции и Древнем Риме средневековые больницы являлись крупными учреждениями для гражданского населения.

В произведениях того времени, например в пятитомнике «Канон медицины» *Ибн Сины*, особое место занимали разделы гигиены и лекарствоведения. Широко излагались правила сохранения здоровья, гигиенические предписания и вопросы диеты в плане личной гигиены и воспитания здорового ребенка.

Средние века в Европе характеризовались крупными эпидемиями высококонтагиозных болезней и слабо развитой больничной сетью. Всюду господствовала схоластика, в госпиталях распространялись проказа, сепсис, рожистое воспаление и газовая гангрена.

В Московском государстве в XVII столетии были заложены основы государственной медицины и открыты первые больницы (в Москве, 1656; Троице-Сергиеве, 1635; Смоленске, 1656). Больным помощь оказывали костоправы и цирюльники, порой самоучки-знахари. В 1707 г. по указу Петра I состоялось торжественное открытие в Москве первого постоянного военного госпиталя, позднее аналогичные госпитали были организованы в Петербурге, Кронштадте и Риге.

Наибольшие заслуги в организации ухода за больными принадлежат крупнейшему представителю медицины первой половины XIX века *Н.И. Пирогову*.

Личное участие Н.И. Пирогова в войнах на Кавказе, особенно в Крымской и русско-турецкой, послужило основой для осознания им факта, что «война есть травматическая эпидемия», что не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым на театре войны. Им впервые была предложена сортировка раненых, устраняющая сумятицу и неразбериху в вопросах очередности оказания помощи по медицинским показаниям. Велики его заслуги в привлечении сестер милосердия к уходу за ранеными в военных условиях. Ранее уход за раненым осуществлял фельдшер-костоправ и солдаты-носильщики войсковых подразделений.

В 1844 г. Великой княгиней Александрой Николаевной и принцессой Терезой Ольденбургской при участии Н.И. Пирогова на средства благотворительных организаций создана первая община сестер милосердия в Петербурге (с 1873—1874 гг. получившая название Свято-Троицкая). Медицинских сестер избирали из числа незамужних женщин в возрасте от 18 до 40 лет с бескорыстной любовью к людям. Они дежурили возле больных в больницах и на дому. Профессиональная подготовка сестер включала изучение ряда лечебных процедур и Санитарно-гигиенических правил. В 1847 году первые 10 женщин получили звание сестер милосердия.

Расцвет медсестринской помощи связан с образованием по инициативе великой княгини Елены Павловны в 1854 г. в Петербурге Крестовоздвиженской общины. Н.И. Пирогов ввел в работу сестер общины принципы специализации. Были отдельно выделены хозяйки, занимающиеся приготовлением и раздачей пищи; аптекарши, занимающиеся вопросами заготовки медикаментов и др.

В период Крымской войны (1853—1856) многие медицинские сестры, получившие подготовку в общинах, под непосредственным руководством Н.И. Пирогова были направлены в район боевых действий, где работали в медпунктах и госпиталях. Н.И. Пирогов был абсолютно прав, когда утверждал, что большая часть раненых погибает не столько от самих повреждений, сколько от «внутригоспитального» заражения. Наряду с другими мероприятиями он указал на необходимость улучшения общего состояния раненых, придавая особое значение диете и чистому воздуху.

Подобную же роль организатора ухода за больными на Западе (в Англии) сыграла *Флоренс Найтингейл* (F.Nightingale). Английская сестра милосердия детально изучила организацию медицинской помощи в больницах Германии и Франции, где уход за пациентами был возложен на нищих и проституток.

Во время Крымской войны с 38 помощниками она наладила поле-вое обслуживание раненых в английской армии, что резко сократило смертность в лазаретах. В 1860 г. Ф.

Найтингейл организовала первую в мире школу медсестер в госпитале Сент-Томас (Лондон). Она являлась автором ряда работ о системе ухода за больными и ранеными, долгие годы была медицинским консультантом английской армии.

В 1912 г. Лига Международного Красного Креста учредила медаль Ф. Найтингейл как высшую награду медсестрам, отличившимся при уходе за больными и ранеными.

В 1922 году на I Всероссийском съезде по медицинскому образованию были определены типы средних учебных заведений и установлен двухгодичный период обучения.

В 1942 году вышел в свет первый номер журнала «Медицинская сестра». В 1943 году открыты сестринские медицинские пункты для жителей.

Примером высочайшего героизма явился самоотверженный труд медицинских сестер и санинструкторов в период Великой Отечественной войны. Не щадя собственной жизни, они вынесли с юля боя сотни тысяч раненых и оказали им медицинскую помощь.

За рубежом понятию «уход за больным» соответствует термин «сес--гинское дело». Первое определение сестринского дела сформулировала в 1859 году в «Записках об уходе» Ф. Найтингейл, характеризуя его как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В 1886 году в США была организована первая в мире профессиональная сестринская организация — общество медицинских сестер. В 1899 г. был создан Международный совет сестер. В 1900 году в Америке издан первый профессиональный журнал медицинских сестер. В 1907 году впервые в мире медсестра Колумбийского университета Аделаида Нуттинг получила ученое звание профессора сестринского дела. В 1987 году на совещании национальных представителей Международного совета сестер в Новой Зеландии единогласно была принята следующая формулировка: «Сестринское дело — составная часть здравоохранения, которая включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп».

Подготовка медицинских сестер с высшим образованием началась в нашей стране в 1990 году, когда на базе Московской медицинской академии был открыт первый факультет высшего сестринского образования.

В 1993 году в Голицине прошла I Всероссийская научно-практическая конференция по теории сестринского дела. На данной конференции были приняты определения следующих терминов:

**Пациент** — человек (индивид), который нуждается в сестринском уходе и получает его.

**Сестринское дело** — часть медицинского ухода за здоровьем, специфическая профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в условиях изменения окружающей среды.

**Окружающая среда** — совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, которые затрагиваются активностью человека.

Здоровье — динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

В 1994 году создана Ассоциация медицинских сестер России.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМ». ВИДЫ УХОДА

**Уход за больным** — санитарная гипургия (греч. *hypourgiai* — помогать, оказывать услугу) — медицинская деятельность по реализации клинической гигиены в стационаре,

направленная на облегчение состояния больного и способствующая его выздоровлению. Во время ухода за больным воплощаются в жизнь компоненты личной гигиены больного и окружающей его среды, которые больной не в состоянии обеспечить сам из-за болезни. При этом в основном используются физические и химические методы воздействия на основе ручного труда медицинского персонала.

Уход за больным приобретает особое значение в хирургии как исключительно важный элемент при хирургической агрессии, который смягчает ее неблагоприятные последствия и в немалой степени влияет на исход лечения.

Уход за больными основан на положениях о личной и общей гигиене (греч. *hygieinos* — приносящий здоровье, целебный, здоровый), которые обеспечивают оптимальные условия быта, труда, отдыха человека направлены на сохранение, укрепление здоровья населения и предупреждение заболеваний.

Совокупность практических мероприятий, направленных на реализацию гигиенических норм и требований, обозначается термином санитария (лат. *sanitas* — здоровье; *sanitarius* — способствующий здоровью).

В настоящее время в более широком смысле Санитарно-гигиеническая и эпидемиологическая деятельность в практической медицине называется **клинической гигиеной** (в стационарных условиях — больничная гигиена).

Уход за больным подразделяют на **общий** и **специальный**.

Общий **уход** включает мероприятия, которые необходимы самому больному, независимо от характера имеющегося патологического процесса (питание больного, смена белья, обеспечение личной гигиены, подготовка к диагностическим и лечебным мероприятиям).

Специальный уход — комплекс мероприятий, применяемый в отношении определенной категории пациентов (хирургических, кардио--логических, неврологических и др.).

Определение **понятия «Хирургия»**. «Хирургия» в буквальном переводе означает рукодействие, мастерство (*chier* — рука; *ergon* — действие).

Сегодня под хирургией подразумевают один из основных разделов клинической медицины, изучающий различные заболевания и повреждения, для лечения которых применяются методы воздействия на ткани, сопровождающиеся нарушением целостности тканей организма для обнаружения и ликвидации патологического очага. В настоящее время хирургия, основанная на достижениях базовых наук, нашла применение при лечении соответствующих заболеваний всех органов и систем человека.

Хирургия широко использует достижения различных дисциплин, таких как нормальная и патологическая анатомия, гистология, нормальная и патологическая физиология, фармакология, микробиология и др.

Анатомия позволяет изучать варианты строения различных органов и систем организма, анатомических зон, показывает возможные варианты восстановления патологически измененных структур. Знание физиологии важно в осознании последствий проводимых оперативных вмешательств и коррекции функций организма в послеоперационном периоде.

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

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

В настоящее время хирургия является направлением, активно использующим не только знания, получаемые в других областях теоретической и практической медицины, но

и достижения таких фундаментальных наук, как физика, химия и др. Это касается, например, использования ультрафиолетовых, лазерных, плазменных, ультразвуковых, радиационных, радио- и криовоздействий, внедрения в клиническую практику синтезированных антисептиков, нового шовного материала, протезов и т.д.

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

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

### **Хирургический уход**

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

Таким образом, основными задачами хирургического ухода являются:

1) обеспечение оптимальных условий жизни больного, способствующих благоприятному течению заболевания; 2) выполнение назначений врача; 3) ускорение выздоровления пациента и снижение количества осложнений.

Хирургический уход подразделяется на общий и специальный.

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

*Санитарно-гигиенический режим* включает:

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

*Лечебно-охранительный режим* заключается в:

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

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

### **Особенности ухода за хирургическими больными**

Особенности ухода за хирургическим больным определяются:

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

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

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

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

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

Действия врача и медицинской сестры трудно разделить на манипуляции по уходу за больным и лечебные процедуры, поскольку многие мероприятия по уходу за больным имеют лечебное значение, лечебные процедуры служат неотъемлемым компонентом ухода за больным.

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

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

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

*Функции органов дыхания* претерпевают в послеоперационном периоде изменения, особенно выраженные при торакальных и гастрохи-рургических операциях.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### **Примерная схема проведения утренней зарядки**

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

*Для мышц и суставов шеи:*

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

*Для мышц рук и плечевого пояса:*

- а) выбрасывание рук в стороны, вверх и вперед с распрямлением их и приведением к туловищу со сгибанием в локтевых суставах;

- б) вращение вытянутых рук спереди назад и сзади вперед;
- в) захват руками туловища спереди (выдох) и разведение их в стороны (вдох);
- г) движения в лучезапястных суставах — сгибание, разгибание и вращение предплечий;
- д) сжимание пальцев в кулак и разгибание их.

*Для мышц и суставов позвоночника:*

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

*Для мышц и суставов нижних конечностей:*

- а) ходьба на месте с максимальным сгибанием в коленных и тазобедренных суставах; б) поочередное движение прямой ноги вперед и назад с одновременным движением прямых рук в этом же направлении для каждой ноги;
- в) поочередное вращательное движение правой и левой вытянутой ноги спереди назад и сзади вперед каждой ногой.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

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

### **Приемное отделение**

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

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

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

### **Отделения хирургического профиля**

Отделения являются базовыми подразделениями лечебно-профилактического учреждения и по своей деятельности делятся на два вида: *профильные*

(гастрохирургическое, кардиохирургическое, сосудистое, торакальное, колопроктологическое, хирургической инфекции и др.) и *лечебно-диагностические* [физиотерапевтическое, рентгенологическое, катетерной хирургии (внутрисосудистых методов диагностики и лечения), функциональной диагностики, лабораторное и др.].

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

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

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

#### **Основные помещения отделения**

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

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

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

#### **Оборудование медицинского поста**

Медицинский пост должен иметь:

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

Холодильник для лекарственных препаратов, сейф для наркотиков и сильнодействующих средств, шкаф для лекарственных препаратов обычно устанавливают в процедурном кабинете или в специальной запирающейся комнате.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ ПО ЛЕКЦИИ

1. Исторические традиции ухода за больным.
2. Определение понятия «уход за больным».
3. Понятие здоровья, болезни, пограничных состояний, критических и терминальных состояний.
4. Правила и порядок осмотра пострадавшего.
5. Определение наличия или отсутствия признаков жизни (сознания, самостоятельного дыхания и кровообращения).
6. Организация действий по оказанию первой помощи
7. Характеристика терминальных состояний.
8. Организация работы ЛПУ и хирургического отделения.
9. Виды ухода за больным
10. Особенности ухода за хирургическими больными
11. Примерная схема проведения утренней зарядки
12. Организация работы лечебно-профилактического учреждения
13. Организация работы хирургического отделения
14. Организация санитарно-гигиенического режима в отделении
15. Организация лечебно-охранительного режима в отделении
16. Оборудование медицинского поста в хирургическом отделении