



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-1-

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ Михин И.В.

«18» июня 2018

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

к клиническим практическим занятиям по дисциплине  
**Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности**

**Составитель:**

Доцент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов  
к. м. н. О.А. Косивцов

Разработал \_\_\_\_\_ / Косивцов О.А. /

Методические рекомендации утверждены на кафедральном совещании,  
18 июня 2018 года, протокол №11.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-2-

**Тематический план клинических практических занятий  
и количество часов по семестрам изучения дисциплины  
Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности**

№	Тематические блоки	Объем занятий, ак. часы
1	Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 1).	2
	Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 2).	2
	Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 3).	2
2	Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 1).	2
	Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 2).	2
	Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 3).	2
3	Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 1).	2
	Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 2).	2
	Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 3).	2
Итого		18

**Темы научно-исследовательских работ дисциплины  
Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности**

№ п/п	Раздел «Научно-исследовательская работа»	Проверяемые компетенции
	<b>Модуль кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов</b>	
1.	Особенности ухода за больными в послеоперационном периоде.	ПК-20,21,22
2.	Особенности ухода за больными, оперированными на органах брюшной полости.	ПК-20,21,22
3.	Особенности ухода за больными, оперированными на органах грудной полости.	ПК-20,21,22
4.	Особенности ухода за больными, оперированными на мочевыводящих ор-	ПК-20,21,22



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-3-

	ганах.	
5.	Особенности ухода за больными, оперированными на магистральных сосудах конечностей.	ПК-20,21,22
6.	Особенности ухода за травматологическими больными.	ПК-20,21,22
7.	Клизма очистительная (показания, методы проведения, возможные осложнения и их профилактика).	ПК-20,21,22
8.	Сифонная клизма. Показания, методы проведения, профилактика возможных осложнений.	ПК-20,21,22
9.	Послеоперационный парез кишечника. Профилактика и лечение.	ПК-20,21,22
10.	Остановка дыхания. Меры предупреждения, первая помощь.	ПК-20,21,22
11.	Остановка сердца, первая помощь.	ПК-20,21,22
12.	О медицинской деонтологии и врачебной этике.	ПК-20,21,22
13.	Врачебная тайна. Этические и правовые вопросы врачебной тайны.	ПК-20,21,22
14.	Деонтология в хирургии.	ПК-20,21,22
15.	Банки, горчичники, показания, противопоказания к их применению.	ПК-20,21,22
16.	Желудочное зондирование. Показания, противопоказания. Осложнения и их профилактика.	ПК-20,21,22
17.	Профилактика внутрибольничной инфекции.	ПК-20,21,22
18.	Личная гигиена- залог здоровья.	ПК-20,21,22
19.	Закаливание как мера предупреждения воспалительных заболеваний.	ПК-20,21,22
20.	Меры предупреждения распространения ВИЧ - инфекции.	ПК-20,21,22
21.	Абактериальная среда - использование ее в хирургической практике.	ПК-20,21,22
22.	Кислородотерапия. Использование ее в хирургической практике.	ПК-20,21,22
23.	Устройство и режим лечебных учреждений.	ПК-20,21,22
24.	Режим и организация питания больных.	ПК-20,21,22
25.	Меры воздействия на кровообращение.	ПК-20,21,22
26.	Первая помощь при терминальном состоянии.	ПК-20,21,22
27.	Дефибрилляция сердца (показания, методика проведения).	ПК-20,21,22

### Вопросы к зачету дисциплины

#### Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

№ п/п	Вопросы к зачету	Проверяемые компетенции
	<b>Модуль кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.</b>	
1.	Этика и деонтология в работе медицинской сестры хирургического отделения.	ОПК-1, ПК-1,3.
2.	Лечебно-охранительный режим. Понятие о режиме хирургического больного. Виды режима.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
3.	Компоненты медсестринского ухода за хирургическими больными.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
4.	Определение ухода. Понятия об общем и специальном уходе.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-4-

5.	Принципы питания пациентов.Правила назначения диеты по Певзнеру.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
6.	Основные элементы гигиены медицинского персонала.	ОПК-1,4,10, ПК-1,,16, 20,21,22
7.	Особенности ухода за хирургическими больными.	ОПК-1, ПК-1,3.
8.	Первая помощь при попадании средств дезинфекции на кожу, в рот, носоглотку, глаза, желудок.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
9.	Основные задачи приемного отделения хирургической клиники.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
10.	Санитарная обработка больного в приемном покое.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22
11.	Гигиеническая подготовка больного к экстренной операции.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
12.	Дезинфекция ванн, мочалок, ножниц.	ОПК-1,4,10, ПК-1,,16, 20,21,22
13.	Гигиеническая подготовка больного к плановой операции	ОПК-1, ПК-1,3.
14.	Гигиенические принципы профилактики госпитальной инфекции в хирургическом отделении.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
15.	Температурный режим, способы вентиляции, дезинфекция воздуха в хирургическом отделении и операционно-перевязочном блоке.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
16.	Стерилизация воздуха в операционной.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22
17.	Укладка на операционный стол, снятие со стола, транспортировка больного в отделение.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
18.	Зоны операционного блока, их отличие, "правила красной черты".	ОПК-1,4,10, ПК-1,,16, 20,21,22
19.	Лечебно-охранительный режим в отделении.	ОПК-1, ПК-1,3.
20.	Правила подготовки больного к операции.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
21.	Основные принципы организации работы приемного отделения больницы. Обязанности медицинской сестры приемного отделения.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
22.	Преимственность в работе хирургического отделения и поликлиники.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22
23.	Принципы работы хирургического отделения больницы. Структура хирургического отделения.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
24.	Санитарная обработка больных в приемном отделении (обработка больного при обнаружении педикулеза). Личная гигиена больного	ОПК-1,4,10, ПК-1,,16, 20,21,22
25.	Техника проведения подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций. Осложнения при инъекциях их профилактика и лечение.	ОПК-1, ПК-1,3.
26.	Правила организации и проведение гигиенических ванн.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
27.	Промывание желудка, техника проведения.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
28.	Уход за ушами, носом, глазами тяжелобольного.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22
29.	Техника проведения дуоденального зондирования.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
30.	Клизмы, виды клизм. Проведение очистительной клизмы.	ОПК-1,4,10, ПК-1,,16, 20,21,22
31.	Техника измерения температуры тела. Температурная кривая.	ОПК-1, ПК-1,3.
32.	Правила ухода за тяжелобольным пациентом, смена нательного и постельного белья.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	-5-
---	---	---	-----

33.	Техника антропометрических измерений.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
34.	Наложение согревающего компресса. Показания и противопоказания.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22
35.	Профилактика пролежней.	ОПК-1,11, ПК-1,3, 20,21,22
36.	Правила транспортировки больных на каталке, носилках и руках.	ОПК-1,4,10, ПК-1,16, 20,21,22
37.	Понятие о педикулезе. Санитарная обработка пациента.	ОПК-1, ПК-1,3.
38.	Определение пульса. Характеристики пульса.	ОПК-1,4,10,11, ПК-1,3,15,16.
39.	Методика измерения артериального давления по методу Короткова.	ОПК-1,4,10,11, ПК-15,16.
40.	Забор биологического материала (мокроты, мочи, кала) для лабораторного исследования.	ОПК-1,4,10,11, ПК-16, 20,21,22



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-6-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 1).**

**Количество часов – 2.**

### Основные вопросы для изучения:

1. Понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Принципы работы хирургического отделения.
3. Организацию работы приемного отделения.
4. Понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. История кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Целевая установка:

1. Разобрать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Разобрать принципы работы хирургического отделения.
3. Разобрать организацию работы приемного отделения.
4. Разобрать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Разобрать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Разобрать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Формируемые понятия:

1. Знать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Знать принципы работы хирургического отделения.
3. Знать организацию работы приемного отделения.
4. Знать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Знать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Знать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.
7. Уметь произвести санитарную обработку больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности”          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-7-</p>
--	---	---	------------


8. Уметь выполнить смену нательного и постельного белья больного.
9. Уметь осуществлять уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку пациента.
10. Уметь определять частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, определять характеристики пульса, измерить артериальное давление.

### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Назначение данной дисциплины определяется необходимостью обучения студентов высшего медицинского образования вопросам ухода за пациентами хирургического профиля, навыкам оказания помощи при неотложных состояниях. Знания общего ухода за пациентами хирургического профиля в значительной мере повышают профессиональную подготовку будущих врачей, необходимы для последующей деятельности и становятся жизненно важными в чрезвычайных ситуациях.

С России создана стройная система оказания хирургической помощи населению, обеспечивающая единство профилактических и лечебных мероприятий. Хирургическую помощь оказывают несколько видов медицинских учреждений. 1. Фельдшерско-акушерские пункты в основном обеспечивают экстренную первую доврачебную помощь, а также проводят профилактику заболеваний и травматизма. 2. Участковые больницы (поликлиники) оказывают экстренную и неотложную хирургическую помощь при некоторых заболеваниях и травмах, не требующих расширенных оперативных вмешательств, также руководят работой фельдшерско-акушерских пунктов. 3. Хирургические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) обеспечивают оказание квалифицированной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также проведении планового лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыже-сечение, холецистэктомия и др.). 4. Специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц помимо полного объема общехирургической помощи оказывают специализированные виды помощи (урологическую, онкологическую, травматологическую, ортопедическую и т.д.). В крупных городах специализированную помощь могут оказывать в стационарах, полностью профилированных в соответствии с тем или иным видом хирургической помощи. 5. В хирургических клиниках медицинских вузов и институтах последипломной подготовки оказывают как общехирургическую, так и специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку различных направлений хирургии, обучение студентов, интернов и повышение квалификации врачей. 6. Научно-исследовательские институты оказывают специализированную хирургическую помощь в зависимости от их профиля и являются научными и методическими центрами.


Выделяют экстренную (неотложную) и плановую, амбулаторно-поликлиническую и стационарную хирургическую помощь. Неотложную хирургическую помощь в городских условиях в дневное время обеспечивают уча-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-8-</p>
--	---	--	------------

стковые хирурги поликлиник либо врачи скорой помощи, которые оказывают ее круглосуточно. Они устанавливают диагноз, оказывают первую врачебную помощь и при необходимости обеспечивают транспортировку больных в дежурные хирургические отделения, где осуществляется квалифицированная и специализированная хирургическая помощь по срочным показаниям. В сельской местности неотложную помощь оказывают в фельдшерско-акушерском пункте или участковой больнице. При отсутствии хирурга при подозрении на острую хирургическую патологию больного необходимо транспортировать в районную больницу или ЦРБ. На этом этапе квалифицированную хирургическую помощь оказывают в полном объеме, а в некоторых случаях транспортируют больных в областной центр или же вызывают соответствующего специалиста из областного центра. **Плановая хирургическая помощь** оказывается как в хирургических отделениях поликлиник, где выполняют небольшие и несложные операции на поверхностных тканях, так и в стационарах. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больной должен быть направлен на плановую операцию в течение 6—12 мес после обращения в поликлинику и установления диагноза. **Амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь** населению является самой массовой и состоит в проведении диагностической, лечебной и профилактической работы. Эта помощь больным с хирургическими заболеваниями и травмами оказывается в разном объеме в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник, амбулаториях участковых больниц, травмпунктах. Доврачебная помощь может быть оказана в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах. **Стационарную хирургическую помощь** осуществляют в хирургических отделениях общего профиля, специализированных отделениях и высокоспециализированных центрах. Хирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. В хирургических отделениях более половины больных составляют пациенты с острой хирургической патологией и четверть — с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ежегодно неотложная хирургическая помощь оказывается в среднем одному из 200 жителей России. В крупных больницах хирургические отделения реорганизованы в специализированные: травматологические, урологические, колопроктологические и т.д. В лечебных отделениях без специализации выделяют профилированные койки.

Хирургические отделения организуются, как правило, на 60 коек. Число коек в специализированном отделении может быть уменьшено до 25 — 40 шт. Оказание неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости составляет большую часть работы хирургических стационаров. Число хирургических коек, необходимых для оказания неотложной помощи, рассчитывается по нормам 1,5 — 2,0 койки на 1000 чел. Оказание неотложной хирургической помощи в крупных отделениях с обес-



	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-9-</p>
---	---	--	------------

печением круглосуточной работы лабораторной, рентгенологической, эндоскопической служб значительно улучшает результаты лечения.

### **Деонтология в хирургии**

Деонтология - наука о долге. В медицинской практике деонтология рассматривается как учение о медицинском долге по отношению к больному. Каждый медицинский работник должен знать, что больной, находящийся в хирургическом отделении, нуждается в должном внимании, особенно если ему предстоит хирургическое вмешательство.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии:

диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему;

родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью;

обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной";

в присутствии больных все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности;


как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению, даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения;

умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности;

хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц;

в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.


	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности” Методические указания для обучающихся</p>	<p>-10-</p>
--	---	--	-------------

Гигиенический уход за ногтями на руках и ногах предупредит появление заусенцев и трещин околоногтевых валиков, тогда как при редкой подстрижке ногтей на пальцах ног наступает их деформация, врастание ногтей. Больные еженедельно обязаны стричь ногти на пальцах рук и не реже 2 раз в месяц на пальцах ног. После использования ножницы и кусачки для ногтей погружают в дезинфицирующий раствор на 45 минут.

Уход за волосами заключается в ежедневном расчесывании, еженедельном мытье волос. При длительном нахождении мужчин в стационаре им нужно коротко стричь волосы и производить мытье головы не реже 1 раза в 7-10 дней. Женщинам, имеющим длинные волосы, необходимо ежедневно расчесывать их частыми гребешками, личными у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы следует расчесывать от корней к концам, а длинные, разделяя на параллельные пряди, медленно расчесывать от концов к корням. Хорошо вычесывает перхоть и грязь частый гребень, смоченный в растворе уксуса. Чтобы тщательно вымыть волосы, нужно применять различные шампуни, детское мыло или воду с хной. Необходимо уделять достаточное время гигиене полости рта, так как при обилии микроорганизмов возможно возникновение гнойных поражений слизистой оболочки, сопровождающихся неприятным запахом.

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

Уход за ушами. При ежедневном утреннем туалете больные осуществляют уход за носом и моют уши. При возникновении серных пробок в ушах медсестра должна их убрать ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода. При наличии большого количества серных пробок проводят спринцевание уха при помощи большого шприца Жане или резинового баллона. Больной садится перед медицинским работником боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо пациента. В руки больному дается лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. После этого медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой производит введение конца шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхне-задней стенке струю раствора под давлением. Для проведения закапывания капель в ухо необходимо нагнуть голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают, а правой берут пипетку и считают капли, которые поступают в слуховой проход. После чего в ухо закладывается небольшой тампон из ваты на несколько минут.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-11-</p>
---	---	---	-------------

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

При смене белья важное значение имеет соблюдение принципа разделения грязного и чистого белья. При упаковке и транспортировке белья следует создать условия, которые бы не допустили контаминации чистого белья. Грязное белье собирают в мешки из плотной пленки, которая непроницаема для бактерий, или емкости с крышкой. Сортировку и разбор грязного белья проводят вне отделения в специально выделенных для этого помещениях.

Чистое белье доставляется обратно только в специальной упаковке. Для транспортировки белья внутри больницы необходимо выбирать самый короткий и безопасный путь. После смены белья пол и предметы в палате нужно протереть дезинфицирующим раствором (1% хлорамин Б или 0,75% хлорамин В с 0,3% раствором моющего средства).

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

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

Количество продуктов питания в передачах ограничивается необходимым и только тем, что разрешено больному его диетой. В тумбочках оставляют только продукты длительных сроков хранения (сахарный песок, конфеты, печенье).

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

Постель пациента должна быть надежно защищена от выделений. Все дренажи необходимо прочно зафиксировать, правильно погрузить в емкости для сбора мочи (без перегиба и упора в стенки или дно, на определенную глубину), придав больному положение, обеспечивающее отток отделяемого. Для профилактики восходящей инфекции вся дренажная система обрабатывается в соответствии с ОСТом. Сосуды должны плотно закрываться и иметь отверстие, соответствующее диаметру трубки, соединенной с дренажем или катетером. В емкость для сбора



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-12-

мочи перед погружением дренажа наливается 50-100 мл антисептического дезодорирующего раствора (перманганата калия, фурациллина и др.).

После урологических операций моча может просачиваться вокруг дренажей. Поэтому медицинская сестра обязана периодически с помощью вакуумного дренирования или шприца отсасывать мочу, менять повязки по мере их промокания, не использовать при перевязках вату, так как она впитывает мочу и становится источником неприятного запаха и вторичного инфицирования раны. Повязка вокруг дренажа состоит из нескольких слоев марлевых салфеток, которые надрезаются с краю и укладываются сверху (по типу штанишек) с обеих сторон. Поверх накладывается марля с отверстием для дренажа, которая закрепляется на коже с помощью клеола или полосок лейкопластыря.

После операции на яичке, семенном канатике на мошонку накладывают Т-образную повязку или суспензорий, в треугольной площадке последнего делается отверстие для полового члена.

Медицинская сестра ведет постоянное наблюдение за функционированием дренажей (количество, цвет выделений) и делает записи в сестринской истории болезни. Обо всех изменениях (прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови, сгустков и др.) немедленно сообщает врачу.


Ранняя активизация урологических больных - залог успешного выздоровления. При этом медицинская сестра должна принять меры, чтобы не произошло смещение и выпадение дренажей, перекрыть просвет дренажа зажимом или согнуть и перевязать кончик трубки. У сидячих больных используются мочеприемники (лучше одноразовые) или на шею подвешивается бутылочка для сбора мочи.

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

Особенности ухода за эпицистостомой до формирования мочевого свища. Операция создания мочевого свища заканчивается введением дренажной трубки в мочевого пузыря и наложением стерильных салфеток (по типу штанишек) вокруг дренажа. Закрепляются салфетки клеоловой или лейкопластырной повязкой. Дренажную трубку опускают в чистую, прозрачную, мерную плотно закрывающуюся емкость, заполненную антисептическим раствором (50-100 мл).

Медицинская сестра обязана:

- фиксировать в сестринской истории болезни количество и качество выделенной мочи и введенной жидкости;
- своевременно отсасывать мочу через дренаж шприцем для профилактики мочевого инфекции;
- своевременно удалять мочу из емкости и при необходимости сдавать ее на анализ;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-13-</p>
---	---	--	-------------

- следить за повязкой, менять ее при промокании;
- сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии пациента (о промокании повязки кровью, мочой, прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови в моче и др.);
- участвовать в промывании мочевого пузыря через дренаж, введенный в эпицистостому.

Мочевой пузырь промывают через эпицистостому 3 раза в сутки.

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

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

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

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

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

### Вопросы для самоконтроля:

1. Что входит в понятие «ухода за больными», и какие элементы его составляют?
2. Каковы особенности ухода за хирургическими больными и его место в лечении хирургического больного?
3. Что такое внутрибольничная инфекция?
4. Каковы функции медперсонала всех рангов в проведении ухода за больным в хирургической клинике?
5. Какие основные подразделения входят в состав хирургической клиники?
6. Каково значение клинической гигиены медперсонала в предупреждении осложнений у хирургических больных?
7. История кафедры.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-14-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 2).**

**Количество часов – 2.**

### Основные вопросы для изучения:

1. Понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Принципы работы хирургического отделения.
3. Организацию работы приемного отделения.
4. Понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. История кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Целевая установка:

1. Разобрать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Разобрать принципы работы хирургического отделения.
3. Разобрать организацию работы приемного отделения.
4. Разобрать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Разобрать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Разобрать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Формируемые понятия:

1. Знать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Знать принципы работы хирургического отделения.
3. Знать организацию работы приемного отделения.
4. Знать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Знать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Знать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.
7. Уметь произвести санитарную обработку больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-15-


8. Уметь выполнить смену нательного и постельного белья больного.
9. Уметь осуществлять уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку пациента.
10. Уметь определять частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, определить характеристики пульса, измерить артериальное давление.

### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Назначение данной дисциплины определяется необходимостью обучения студентов высшего медицинского образования вопросам ухода за пациентами хирургического профиля, навыкам оказания помощи при неотложных состояниях. Знания общего ухода за пациентами хирургического профиля в значительной мере повышают профессиональную подготовку будущих врачей, необходимы для последующей деятельности и становятся жизненно важными в чрезвычайных ситуациях.

С России создана стройная система оказания хирургической помощи населению, обеспечивающая единство профилактических и лечебных мероприятий. Хирургическую помощь оказывают несколько видов медицинских учреждений. 1. Фельдшерско-акушерские пункты в основном обеспечивают экстренную первую доврачебную помощь, а также проводят профилактику заболеваний и травматизма. 2. Участковые больницы (поликлиники) оказывают экстренную и неотложную хирургическую помощь при некоторых заболеваниях и травмах, не требующих расширенных оперативных вмешательств, также руководят работой фельдшерско-акушерских пунктов. 3. Хирургические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) обеспечивают оказание квалифицированной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также проведении планового лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыже-сечение, холецистэктомия и др.). 4. Специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц помимо полного объема общехирургической помощи оказывают специализированные виды помощи (урологическую, онкологическую, травматологическую, ортопедическую и т.д.). В крупных городах специализированную помощь могут оказывать в стационарах, полностью профилированных в соответствии с тем или иным видом хирургической помощи. 5. В хирургических клиниках медицинских вузов и институтах последипломной подготовки оказывают как общехирургическую, так и специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку различных направлений хирургии, обучение студентов, интернов и повышение квалификации врачей. 6. Научно-исследовательские институты оказывают специализированную хирургическую помощь в зависимости от их профиля и являются научными и методическими центрами.


Выделяют экстренную (неотложную) и плановую, амбулаторно-поликлиническую и стационарную хирургическую помощь. Неотложную хирургическую помощь в городских условиях в дневное время обеспечивают уча-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-16-</p>
---	---	--	-------------

стковые хирурги поликлиник либо врачи скорой помощи, которые оказывают ее круглосуточно. Они устанавливают диагноз, оказывают первую врачебную помощь и при необходимости обеспечивают транспортировку больных в дежурные хирургические отделения, где осуществляется квалифицированная и специализированная хирургическая помощь по срочным показаниям. В сельской местности неотложную помощь оказывают в фельдшерско-акушерском пункте или участковой больнице. При отсутствии хирурга при подозрении на острую хирургическую патологию больного необходимо транспортировать в районную больницу или ЦРБ. На этом этапе квалифицированную хирургическую помощь оказывают в полном объеме, а в некоторых случаях транспортируют больных в областной центр или же вызывают соответствующего специалиста из областного центра. **Плановая хирургическая помощь** оказывается как в хирургических отделениях поликлиник, где выполняют небольшие и несложные операции на поверхностных тканях, так и в стационарах. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больной должен быть направлен на плановую операцию в течение 6—12 мес после обращения в поликлинику и установления диагноза. **Амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь** населению является самой массовой и состоит в проведении диагностической, лечебной и профилактической работы. Эта помощь больным с хирургическими заболеваниями и травмами оказывается в разном объеме в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник, амбулаториях участковых больниц, травмпунктах. Доврачебная помощь может быть оказана в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах. **Стационарную хирургическую помощь** осуществляют в хирургических отделениях общего профиля, специализированных отделениях и высокоспециализированных центрах. Хирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. В хирургических отделениях более половины больных составляют пациенты с острой хирургической патологией и четверть — с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ежегодно неотложная хирургическая помощь оказывается в среднем одному из 200 жителей России. В крупных больницах хирургические отделения реорганизованы в специализированные: травматологические, урологические, колопроктологические и т.д. В лечебных отделениях без специализации выделяют профилированные койки.

Хирургические отделения организуются, как правило, на 60 коек. Число коек в специализированном отделении может быть уменьшено до 25 — 40 шт. Оказание неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости составляет большую часть работы хирургических стационаров. Число хирургических коек, необходимых для оказания неотложной помощи, рассчитывается по нормам 1,5 — 2,0 койки на 1000 чел. Оказание неотложной хирургической помощи в крупных отделениях с обес-



	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	-17-
---	---	--	------

печением круглосуточной работы лабораторной, рентгенологической, эндоскопической служб значительно улучшает результаты лечения.

### **Деонтология в хирургии**

Деонтология - наука о долге. В медицинской практике деонтология рассматривается как учение о медицинском долге по отношению к больному. Каждый медицинский работник должен знать, что больной, находящийся в хирургическом отделении, нуждается в должном внимании, особенно если ему предстоит хирургическое вмешательство.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии:

диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему;

родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью;

обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной";

в присутствии больных все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности;

как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению, даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения;

умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности;

хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц;

в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся


-18-

Гигиенический уход за ногтями на руках и ногах предупредит появление заусенцев и трещин околоногтевых валиков, тогда как при редкой подстрижке ногтей на пальцах ног наступает их деформация, врастание ногтей. Больные еженедельно обязаны стричь ногти на пальцах рук и не реже 2 раз в месяц на пальцах ног. После использования ножницы и кусачки для ногтей погружают в дезинфицирующий раствор на 45 минут.

Уход за волосами заключается в ежедневном расчесывании, еженедельном мытье волос. При длительном нахождении мужчин в стационаре им нужно коротко стричь волосы и производить мытье головы не реже 1 раза в 7-10 дней. Женщинам, имеющим длинные волосы, необходимо ежедневно расчесывать их частыми гребешками, личными у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы следует расчесывать от корней к концам, а длинные, разделяя на параллельные пряди, медленно расчесывать от концов к корням. Хорошо вычесывает перхоть и грязь частый гребень, смоченный в растворе уксуса. Чтобы тщательно вымыть волосы, нужно применять различные шампуни, детское мыло или воду с хной. Необходимо уделять достаточное время гигиене полости рта, так как при обилии микроорганизмов возможно возникновение гнойных поражений слизистой оболочки, сопровождающихся неприятным запахом.

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

Уход за ушами. При ежедневном утреннем туалете больные осуществляют уход за носом и моют уши. При возникновении серных пробок в ушах медсестра должна их убрать ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода. При наличии большого количества серных пробок проводят спринцевание уха при помощи большого шприца Жане или резинового баллона. Больной садится перед медицинским работником боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо пациента. В руки больному дается лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. После этого медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой производит введение конца шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхне-задней стенке струю раствора под давлением. Для проведения закапывания капель в ухо необходимо нагнуть голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают, а правой берут пипетку и считают капли, которые поступают в слуховой проход. После чего в ухо закладывается небольшой тампон из ваты на несколько минут.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности” Методические указания для обучающихся</p>	<p>-19-</p>
--	---	--	-------------

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

При смене белья важное значение имеет соблюдение принципа разделения грязного и чистого белья. При упаковке и транспортировке белья следует создать условия, которые бы не допустили контаминации чистого белья. Грязное белье собирают в мешки из плотной пленки, которая непроницаема для бактерий, или емкости с крышкой. Сортировку и разбор грязного белья проводят вне отделения в специально выделенных для этого помещениях.

Чистое белье доставляется обратно только в специальной упаковке. Для транспортировки белья внутри больницы необходимо выбирать самый короткий и безопасный путь. После смены белья пол и предметы в палате нужно протереть дезинфицирующим раствором (1% хлорамин Б или 0,75% хлорамин В с 0,3% раствором моющего средства).


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

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

Количество продуктов питания в передачах ограничивается необходимым и только тем, что разрешено больному его диетой. В тумбочках оставляют только продукты длительных сроков хранения (сахарный песок, конфеты, печенье).

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

Постель пациента должна быть надежно защищена от выделений. Все дренажи необходимо прочно зафиксировать, правильно погрузить в емкости для сбора мочи (без перегиба и упора в стенки или дно, на определенную глубину), придав больному положение, обеспечивающее отток отделяемого. Для профилактики восходящей инфекции вся дренажная система обрабатывается в соответствии с ОСТом. Сосуды должны плотно закрываться и иметь отверстие, соответствующее диаметру трубки, соединенной с дренажем или катетером. В емкость для сбора

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-20-</p>
---	---	--	-------------

мочи перед погружением дренажа наливается 50-100 мл антисептического дезодорирующего раствора (перманганата калия, фурациллина и др.).

После урологических операций моча может просачиваться вокруг дренажей. Поэтому медицинская сестра обязана периодически с помощью вакуумного дренирования или шприца отсасывать мочу, менять повязки по мере их промокания, не использовать при перевязках вату, так как она впитывает мочу и становится источником неприятного запаха и вторичного инфицирования раны. Повязка вокруг дренажа состоит из нескольких слоев марлевых салфеток, которые надрезаются с краю и укладываются сверху (по типу штанишек) с обеих сторон. Поверх накладывается марля с отверстием для дренажа, которая закрепляется на коже с помощью клеола или полосок лейкопластыря.

После операции на яичке, семенном канатике на мошонку накладывают Т-образную повязку или суспензорий, в треугольной площадке последнего делается отверстие для полового члена.

Медицинская сестра ведет постоянное наблюдение за функционированием дренажей (количество, цвет выделений) и делает записи в сестринской истории болезни. Обо всех изменениях (прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови, сгустков и др.) немедленно сообщает врачу.


Ранняя активизация урологических больных - залог успешного выздоровления. При этом медицинская сестра должна принять меры, чтобы не произошло смещение и выпадение дренажей, перекрыть просвет дренажа зажимом или согнуть и перевязать кончик трубки. У сидячих больных используются мочеприемники (лучше одноразовые) или на шею подвешивается бутылочка для сбора мочи.

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

Особенности ухода за эпицистостомой до формирования мочевого свища. Операция создания мочевого свища заканчивается введением дренажной трубки в мочевого пузыря и наложением стерильных салфеток (по типу штанишек) вокруг дренажа. Закрепляются салфетки клеоловой или лейкопластырной повязкой. Дренажную трубку опускают в чистую, прозрачную, мерную плотно закрывающуюся емкость, заполненную антисептическим раствором (50-100 мл).

Медицинская сестра обязана:

- фиксировать в сестринской истории болезни количество и качество выделенной мочи и введенной жидкости;
- своевременно отсасывать мочу через дренаж шприцем для профилактики мочевого инфекции;
- своевременно удалять мочу из емкости и при необходимости сдавать ее на анализ;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-21-</p>
---	---	--	-------------

- следить за повязкой, менять ее при промокании;
- сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии пациента (о промокании повязки кровью, мочой, прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови в моче и др.);
- участвовать в промывании мочевого пузыря через дренаж, введенный в эпицистостому.

Мочевой пузырь промывают через эпицистостому 3 раза в сутки.

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

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

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

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

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

#### **Вопросы для самоконтроля:**

8. Что входит в понятие «ухода за больными», и какие элементы его составляют?
9. Каковы особенности ухода за хирургическими больными и его место в лечении хирургического больного?
10. Что такое внутрибольничная инфекция?
11. Каковы функции медперсонала всех рангов в проведении ухода за больным в хирургической клинике?
12. Какие основные подразделения входят в состав хирургической клиники?
13. Каково значение клинической гигиены медперсонала в предупреждении осложнений у хирургических больных?
14. История кафедры.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-22-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Организация хирургической помощи населению в Российской Федерации. Организация ухода за пациентами хирургического профиля. (часть 3).**

**Количество часов – 2.**

### Основные вопросы для изучения:

1. Понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Принципы работы хирургического отделения.
3. Организацию работы приемного отделения.
4. Понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. История кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Целевая установка:

1. Разобрать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Разобрать принципы работы хирургического отделения.
3. Разобрать организацию работы приемного отделения.
4. Разобрать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Разобрать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Разобрать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

### Формируемые понятия:

1. Знать понятия: «хирургия», «общий уход», «амбулаторно-поликлиническая помощь», «хирургическое отделение».
2. Знать принципы работы хирургического отделения.
3. Знать организацию работы приемного отделения.
4. Знать понятие и составляющие «общего ухода за больным хирургического профиля».
5. Знать особенности питания пациентов в хирургическом отделении.
6. Знать историю кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.
7. Уметь произвести санитарную обработку больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-23-


8. Уметь выполнить смену нательного и постельного белья больного.
9. Уметь осуществлять уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку пациента.
10. Уметь определять частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, определять характеристики пульса, измерить артериальное давление.

### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Назначение данной дисциплины определяется необходимостью обучения студентов высшего медицинского образования вопросам ухода за пациентами хирургического профиля, навыкам оказания помощи при неотложных состояниях. Знания общего ухода за пациентами хирургического профиля в значительной мере повышают профессиональную подготовку будущих врачей, необходимы для последующей деятельности и становятся жизненно важными в чрезвычайных ситуациях.

С России создана стройная система оказания хирургической помощи населению, обеспечивающая единство профилактических и лечебных мероприятий. Хирургическую помощь оказывают несколько видов медицинских учреждений. 1. Фельдшерско-акушерские пункты в основном обеспечивают экстренную первую доврачебную помощь, а также проводят профилактику заболеваний и травматизма. 2. Участковые больницы (поликлиники) оказывают экстренную и неотложную хирургическую помощь при некоторых заболеваниях и травмах, не требующих расширенных оперативных вмешательств, также руководят работой фельдшерско-акушерских пунктов. 3. Хирургические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) обеспечивают оказание квалифицированной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также проведении планового лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыже-сечение, холецистэктомия и др.). 4. Специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц помимо полного объема общехирургической помощи оказывают специализированные виды помощи (урологическую, онкологическую, травматологическую, ортопедическую и т.д.). В крупных городах специализированную помощь могут оказывать в стационарах, полностью профилированных в соответствии с тем или иным видом хирургической помощи. 5. В хирургических клиниках медицинских вузов и институтах последипломной подготовки оказывают как общехирургическую, так и специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку различных направлений хирургии, обучение студентов, интернов и повышение квалификации врачей. 6. Научно-исследовательские институты оказывают специализированную хирургическую помощь в зависимости от их профиля и являются научными и методическими центрами.


Выделяют экстренную (неотложную) и плановую, амбулаторно-поликлиническую и стационарную хирургическую помощь. Неотложную хирургическую помощь в городских условиях в дневное время обеспечивают уча-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-24-</p>
--	---	--	-------------

стковые хирурги поликлиник либо врачи скорой помощи, которые оказывают ее круглосуточно. Они устанавливают диагноз, оказывают первую врачебную помощь и при необходимости обеспечивают транспортировку больных в дежурные хирургические отделения, где осуществляется квалифицированная и специализированная хирургическая помощь по срочным показаниям. В сельской местности неотложную помощь оказывают в фельдшерско-акушерском пункте или участковой больнице. При отсутствии хирурга при подозрении на острую хирургическую патологию больного необходимо транспортировать в районную больницу или ЦРБ. На этом этапе квалифицированную хирургическую помощь оказывают в полном объеме, а в некоторых случаях транспортируют больных в областной центр или же вызывают соответствующего специалиста из областного центра. **Плановая хирургическая помощь** оказывается как в хирургических отделениях поликлиник, где выполняют небольшие и несложные операции на поверхностных тканях, так и в стационарах. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больной должен быть направлен на плановую операцию в течение 6—12 мес после обращения в поликлинику и установления диагноза. **Амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь** населению является самой массовой и состоит в проведении диагностической, лечебной и профилактической работы. Эта помощь больным с хирургическими заболеваниями и травмами оказывается в разном объеме в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник, амбулаториях участковых больниц, травмпунктах. Доврачебная помощь может быть оказана в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах. **Стационарную хирургическую помощь** осуществляют в хирургических отделениях общего профиля, специализированных отделениях и высокоспециализированных центрах. Хирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. В хирургических отделениях более половины больных составляют пациенты с острой хирургической патологией и четверть — с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ежегодно неотложная хирургическая помощь оказывается в среднем одному из 200 жителей России. В крупных больницах хирургические отделения реорганизованы в специализированные: травматологические, урологические, колопроктологические и т.д. В лечебных отделениях без специализации выделяют профилированные койки.

Хирургические отделения организуются, как правило, на 60 коек. Число коек в специализированном отделении может быть уменьшено до 25 — 40 шт. Оказание неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости составляет большую часть работы хирургических стационаров. Число хирургических коек, необходимых для оказания неотложной помощи, рассчитывается по нормам 1,5 — 2,0 койки на 1000 чел. Оказание неотложной хирургической помощи в крупных отделениях с обес-



	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-25-</p>
--	---	--	-------------

печением круглосуточной работы лабораторной, рентгенологической, эндоскопической служб значительно улучшает результаты лечения.

### **Деонтология в хирургии**

Деонтология - наука о долге. В медицинской практике деонтология рассматривается как учение о медицинском долге по отношению к больному. Каждый медицинский работник должен знать, что больной, находящийся в хирургическом отделении, нуждается в должном внимании, особенно если ему предстоит хирургическое вмешательство.

Для правильной подготовки больного к операции следует руководствоваться правилами хирургической деонтологии:

диагноз заболевания должен сообщать больному только врач или заведующий отделением в форме, наиболее доступной для больного и понятной ему;

родственников больного нужно ставить в известность о необходимости операции, особенно если она сопряжена со значительным риском и опасностью;

обращение к больному должно быть максимально предупредительным и тактичным: следует обращаться к нему по имени и отчеству, избегая безличного обращения "больной";

в присутствии больных все медицинские работники должны общаться друг с другом без излишней фамильярности;

как правило, у больного, ожидающего операции, восприятие обострено, поэтому следует избегать резких и недоброжелательных высказываний в его присутствии. Больной очень чувствителен к взглядам, жестам, настроению, даже к оттенкам интонации голоса медицинской сестры, поэтому она должна проявлять сочувствие в искренней форме, что вселяет в больного бодрость и уверенность в успехе лечения;

умение, такт, выдержка, терпение и доброжелательность - обязательные качества любой медицинской сестры, фельдшера, поэтому при выполнении различных процедур, особенно при оказании экстренной помощи, особенно в палате в присутствии других больных, медицинская сестра должна действовать спокойно и уверенно, чтобы не вызвать у окружающих тревоги, беспокойства и нервозности;

хранение историй болезни и данных лабораторных, инструментальных исследований должно быть поставлено таким образом, чтобы полностью исключить доступ к ним родственников или случайных лиц;

в кругу родных, знакомых медицинская сестра не имеет права разглашать диагнозы тех больных, которые находятся в отделении, запрещается информировать посторонних лиц об осложнениях или неудачном течении послеоперационного периода.

Необходимо учитывать различия характеров больных и соответственно влиять на психическое состояние каждого пациента. Индивидуальным подходом к больному должен овладеть каждый медицинский работник.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-26-

Гигиенический уход за ногтями на руках и ногах предупредит появление заусенцев и трещин околоногтевых валиков, тогда как при редкой подстрижке ногтей на пальцах ног наступает их деформация, врастание ногтей. Больные еженедельно обязаны стричь ногти на пальцах рук и не реже 2 раз в месяц на пальцах ног. После использования ножницы и кусачки для ногтей погружают в дезинфицирующий раствор на 45 минут.

Уход за волосами заключается в ежедневном расчесывании, еженедельном мытье волос. При длительном нахождении мужчин в стационаре им нужно коротко стричь волосы и производить мытье головы не реже 1 раза в 7-10 дней. Женщинам, имеющим длинные волосы, необходимо ежедневно расчесывать их частыми гребешками, личными у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы следует расчесывать от корней к концам, а длинные, разделяя на параллельные пряди, медленно расчесывать от концов к корням. Хорошо вычесывает перхоть и грязь частый гребень, смоченный в растворе уксуса. Чтобы тщательно вымыть волосы, нужно применять различные шампуни, детское мыло или воду с хной. Необходимо уделять достаточное время гигиене полости рта, так как при обилии микроорганизмов возможно возникновение гнойных поражений слизистой оболочки, сопровождающихся неприятным запахом.

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

Уход за ушами. При ежедневном утреннем туалете больные осуществляют уход за носом и моют уши. При возникновении серных пробок в ушах медсестра должна их убрать ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода. При наличии большого количества серных пробок проводят спринцевание уха при помощи большого шприца Жане или резинового баллона. Больной садится перед медицинским работником боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо пациента. В руки больному дается лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. После этого медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой производит введение конца шприца в наружный слуховой проход, направляя по его верхне-задней стенке струю раствора под давлением. Для проведения закапывания капель в ухо необходимо нагнуть голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают, а правой берут пипетку и считают капли, которые поступают в слуховой проход. После чего в ухо закладывается небольшой тампон из ваты на несколько минут.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-27-

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

При смене белья важное значение имеет соблюдение принципа разделения грязного и чистого белья. При упаковке и транспортировке белья следует создать условия, которые бы не допустили контаминации чистого белья. Грязное белье собирают в мешки из плотной пленки, которая непроницаема для бактерий, или емкости с крышкой. Сортировку и разбор грязного белья проводят вне отделения в специально выделенных для этого помещениях.

Чистое белье доставляется обратно только в специальной упаковке. Для транспортировки белья внутри больницы необходимо выбирать самый короткий и безопасный путь. После смены белья пол и предметы в палате нужно протереть дезинфицирующим раствором (1% хлорамин Б или 0,75% хлорамин В с 0,3% раствором моющего средства).

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

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

Количество продуктов питания в передачах ограничивается необходимым и только тем, что разрешено больному его диетой. В тумбочках оставляют только продукты длительных сроков хранения (сахарный песок, конфеты, печенье).

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

Постель пациента должна быть надежно защищена от выделений. Все дренажи необходимо прочно зафиксировать, правильно погрузить в емкости для сбора мочи (без перегиба и упора в стенки или дно, на определенную глубину), придав больному положение, обеспечивающее отток отделяемого. Для профилактики восходящей инфекции вся дренажная система обрабатывается в соответствии с ОСТом. Сосуды должны плотно закрываться и иметь отверстие, соответствующее диаметру трубки, соединенной с дренажем или катетером. В емкость для сбора



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-28-

мочи перед погружением дренажа наливается 50-100 мл антисептического дезодорирующего раствора (перманганата калия, фурациллина и др.).

После урологических операций моча может просачиваться вокруг дренажей. Поэтому медицинская сестра обязана периодически с помощью вакуумного дренирования или шприца отсасывать мочу, менять повязки по мере их промокания, не использовать при перевязках вату, так как она впитывает мочу и становится источником неприятного запаха и вторичного инфицирования раны. Повязка вокруг дренажа состоит из нескольких слоев марлевых салфеток, которые надрезаются с краю и укладываются сверху (по типу штанишек) с обеих сторон. Поверх накладывается марля с отверстием для дренажа, которая закрепляется на коже с помощью клеола или полосок лейкопластыря.

После операции на яичке, семенном канатике на мошонку накладывают Т-образную повязку или суспензорий, в треугольной площадке последнего делается отверстие для полового члена.

Медицинская сестра ведет постоянное наблюдение за функционированием дренажей (количество, цвет выделений) и делает записи в сестринской истории болезни. Обо всех изменениях (прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови, сгустков и др.) немедленно сообщает врачу.

Ранняя активизация урологических больных - залог успешного выздоровления. При этом медицинская сестра должна принять меры, чтобы не произошло смещение и выпадение дренажей, перекрыть просвет дренажа зажимом или согнуть и перевязать кончик трубки. У сидячих больных используются мочеприемники (лучше одноразовые) или на шею подвешивается бутылочка для сбора мочи.

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

Особенности ухода за эпицистостомой до формирования мочевого свища. Операция создания мочевого свища заканчивается введением дренажной трубки в мочевого пузыря и наложением стерильных салфеток (по типу штанишек) вокруг дренажа. Закрепляются салфетки клеоловой или лейкопластырной повязкой. Дренажную трубку опускают в чистую, прозрачную, мерную плотно закрывающуюся емкость, заполненную антисептическим раствором (50-100 мл).

Медицинская сестра обязана:

- фиксировать в сестринской истории болезни количество и качество выделенной мочи и введенной жидкости;
- своевременно отсасывать мочу через дренаж шприцем для профилактики мочевого инфекции;
- своевременно удалять мочу из емкости и при необходимости сдавать ее на анализ;



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-29-

- следить за повязкой, менять ее при промокании;
- сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии пациента (о промокании повязки кровью, мочой, прекращении оттока по дренажу, появлении свежей крови в моче и др.);
- участвовать в промывании мочевого пузыря через дренаж, введенный в эпицистостому.

Мочевой пузырь промывают через эпицистостому 3 раза в сутки.

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

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

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

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

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

### Вопросы для самоконтроля:

15. Что входит в понятие «ухода за больными», и какие элементы его составляют?
16. Каковы особенности ухода за хирургическими больными и его место в лечении хирургического больного?
17. Что такое внутрибольничная инфекция?
18. Каковы функции медперсонала всех рангов в проведении ухода за больным в хирургической клинике?
19. Какие основные подразделения входят в состав хирургической клиники?
20. Каково значение клинической гигиены медперсонала в предупреждении осложнений у хирургических больных?
21. История кафедры.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-30-

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 1).**

**Количество часов – 2.**

**Основные вопросы для изучения:**

1. Понятие «первая медицинская помощь».
2. Классификация неотложных состояний.
3. Основные понятия об асептике и антисептике.
4. Основные принципы сердечно-легочной реанимации.

**Целевая установка:**

1. Разобрать понятие «первая медицинская помощь».
2. Разобрать классификацию неотложных состояний.
3. Разобрать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Разобрать основные принципы сердечно-легочной реанимации.
5. Разобрать санитарно-гигиенический режим отделения.
6. Разобрать понятие о внутрибольничной инфекции.

**Формируемые понятия:**

1. Знать понятие «первая медицинская помощь».
2. Знать классификацию неотложных состояний.
3. Знать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Знать санитарно-гигиенический режим отделения.
5. Знать о внутрибольничной инфекции.
6. Уметь оценить потребность больного и/или пострадавшего в первой медицинской помощи.
7. Уметь оказать первую медицинскую помощь в критических ситуациях.
8. Уметь оказать первую помощь при воздействии на человека электрическим током, при ожогах и отморожениях.
9. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
10. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
11. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
12. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
13. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

**Теоретическая часть.**



## Неотложные состояния при повреждении верхних и нижних конечностей

Любое повреждение суставов или костей сопровождается травматическим шоком, поэтому основной задачей считается обезболить поврежденное место и доправить больного в стационар. Важным считается транспортировка пострадавшего, которую должны проводить специалисты «скорой помощи». Местное обезболивание рекомендуется проводить в первые часы после травмы. При хирургических вмешательствах используют обширную или местную анестезию, это зависит от локализации травмы, стадии повреждения.

- Перелом шейки плечевой кости: Больному вводят 50% раствор метамизола внутривенно из расчета 5-10 мг/кг на 1 кг. массы тела, или 1 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида или промедола. Также седативные и сердечные препараты: валериана, корвалол, валокордин. Необходимым считается использование косыночной повязки или шины, после чего больного доставляют в травматологическое отделение.

- Перелом лопатки: 1% тримеперидина внутривенно с расчетом 0,1 мл на год жизни, или фентанил 0,005% раствора по 0,01 мг/кг. Накладывают шину от здоровой лопатки в согнутом положении локтевого сустава. Седативные препараты: валерьяна, Новопазит, Барбовал. После оказания первой неотложной помощи, больного доставляют в стационар.

- Вывих плеча: Больному вводят 1 мл 1% раствора морфина или омнопона, после чего 20-40 мл 1 % раствора новокаина. В подмышечную область кладется валик, который подвязывается косыночной повязкой к здоровому плечу. Вправлять вывих может только специалист в области травматологии. После оказания помощи, проводится доставка больного в травматологическое отделение.

- Перелом ключицы: вводится 10—20 мл 1 % раствора новокаина или другого обезболивающего препарата: кетанов, тримеперидин, димедрол, анальгин в расчете с возрастом, весом пострадавшего. Имобилизация поврежденной конечности с использованием шины или повязки. Транспортировку проводят в сидячем положении.

- Закрытые повреждения локтевого сустава: пострадавшему вводят кеторолак раствор для инъекций 30 мг/1 мл, морфин 1 мл 1% раствор, или другой лекарственный препарат, который снимет болевые ощущения до проведения хирургических манипуляций. На поврежденный участок ставят холод и накладывают повязку или шину.

- Переломы костей предплечья: Обезболивание с помощью 1 мл 1% раствора морфина, или кетанова, димедрола, кетолонга, которые вводят внутривенно или внутримышечно. Косыночная повязка и госпитализация больного в травматологическое отделение.

- Вывих бедра: применяют любое обезболивающее средство в виде внутривенного или внутримышечного введения. Можно применять вышеперечис-



ленные препараты. Транспортировку в травматологическое отделение проводят лежа на спине, под колени кладут валик и фиксируют конечность.

- Перелом бедра: вводят 20 мл 1% раствора новокаина, или другого обезболивающего препарата: кетанов, кетолонг, тримеперидин, лидокаин с расчетом на вес тела и возраст пострадавшего. Для транспортировки больного фиксируют голову и шею и осторожно перекалывают на носилки.

- Повреждение грудных и поясничных позвонков: Помимо применения обезболивающих препаратов, очень важно правильно провести транспортировку больного, которая проводится лежа на спине, также медицинскими специалистами проверяется частота дыхания больного, при наличии ран, используют стерильные повязки. Очень часто больных с такой травмой срочно направляют в реанимационное отделение.

#### Неотложная помощь в хирургии при ранах

Вторым по распространенности в хирургической практике считаются раны, порезы и другие повреждения, характеризующиеся кровотечением, болью и другими симптомами требующие неотложной помощи.

Основным в неотложной помощи при ранах считается остановка кровотечения, обработка кожи вокруг раны, наложение повязок, для остановки кровотечения и проникновения вторичных инфекций. Также используют обезболивающие препараты, чтоб уменьшить травматический шок, оценивают общее состояние больного и транспортируют в стационар. Перед тем как оказать неотложную помощь, мед специалист должен оценить характер раны и глубину повреждения. Различают несколько видов ран:

- колотые раны – проявляются в результате повреждения кожи или внутренних органов острым предметом;
- резаные – наносятся острыми и режущими предметами;
- рубленые раны – имеют глубокое поражение кожи, мышц, иногда костей;
- ушибленные – появляются при контакте с тупым предметом;
- огнестрельные раны бывают пулевые или осколочные;

Основным в неотложной помощи считается остановка кровотечения, обработка раны, правильное наложение стерильной повязки или жгута, которые останавливают кровопотерю до транспортировки больного в стационар. Обработать рану не глубокого поражения без повреждения внутренних органов или костей нужно: спиртом, 3% перекисью водорода, йодонатом, или другим антисептиком вокруг раны, чтоб предотвратить инфицирование. При артериальных кровотечениях, накладывают жгут выше поврежденного места, но жгут не допускается держать более 10-15 минут, так как происходит отмирание нервных окончаний, что может в дальнейшем привести к ампутации конечности. Глубокие и открытые раны, когда невозможно наложить жгут, используют стерильную повязку, которую сильно прижимают к поврежденному месту и срочно доставляют больного в стационар.





Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-33-

## Неотложная помощь при повреждении груди

Повреждения или травмы груди бывают закрытые и открытые, но в независимости от характера повреждения потерпевший требует срочной медицинской помощи, которая заключается в госпитализации. Транспортировку больного проводят в лежачем положении, чтоб уменьшить болевой шок, вводят лекарственные препараты, только те, которые не угнетают дыхание: морфин, фентанил противопоказаны. Для обезболивания вводят анальгетики: 2 - 4 мл 50% раствора анальгина внутривенно, 1 мл 1-2% раствора промедола. При дыхательной недостаточности, когда есть подозрения на переломы ребер или повреждения внутренних органов, потерпевшего подключают к аппарату искусственного легкого, что позволяет спасти жизнь больному до приезда в стационар, где проведут реанимационные процедуры.

## Повреждение живота, неотложная помощь

При повреждении живота или брюшной полости, больной нуждается в срочной госпитализации в хирургическое отделение. Диагностировать внутренние повреждения без необходимых процедур диагностики невозможно. Не используются анальгетики, или другие обезболивающие препараты, врачи «скорой помощи» должны только следить за давлением больного и вовремя доставить потерпевшего в стационар. Характер повреждения может быть разным: разрыв внутреннего органа, внутренние кровотечения, сильный ушиб и любое вмешательство с применением лекарственных препаратов, может спровоцировать осложнения или привести к смерти больного.

## Неотложная помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости

Острые заболевания брюшной полости очень опасны для жизни больного. Такие процессы имеют выраженные симптомы и требуют срочной госпитализации больного в хирургическое отделение. Не допускается принимать обезболивающие препараты или использовать тепло, холод на живот, это может привести к осложнениям или летальному исходу.


Наиболее распространенными патологическими процессами считаются:

- острый аппендицит,
- язва желудка,
- кишечные кровотечения,
- острый панкреатит,
- холецистит.

Также к неотложным состояниям в хирургии относятся все виды перитонита, непроходимость кишечника и другие состояния, которые может диагностировать врач после результатов лабораторных анализов и диагностики.

## Травматический шок, неотложная помощь

Травматический шок проявляется в результате тяжелых травм, которые характеризуются нарушением всех систем организма человека. Обычно травматический шок сопровождается потерей сознания, психическими рас-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	-34-
--	---	--	------

стройствами, бледностью кожных покровов. Для снижения болевого синдрома, нужно выявить локализацию повреждения. При травмах и переломах верхних или нижних конечностей, проводят обезболивание:

1. внутривенное введение атропина по 0,1% раствор — 0,5 мл, димедрола 1% раствор — 2 мл, седуксена по 0.5% раствор 2 мл;
2. кеторолак раствор для инъекций 30 мг/1 мл, морфин 1 мл 1% раствор, или другой лекарственный препарат, который снимет болевые ощущения до проведения хирургических манипуляций;
3. остановка кровотечения при открытых травмах с использованием жгута, шины или повязки.
4. правильная транспортировка больного в отделение хирургии или травматологии.

### **Острая кровопотеря, неотложная помощь**

Основными действиями при кровотечениях считается:

1. Остановка кровотечения с использованием стерильных повязок, жгутов, зажимов, шин;
2. Следить за артериальным давлением потерпевшего;
3. Использование медикаментозной терапии для остановки кровотечения и применение антисептиков, чтоб предотвратить инфицирование раны;
4. Срочная доставка больного в отделение хирургии;


В независимости от состояния больного, разновидностей травм, ран, острых заболеваний, неотложную помощь потерпевшему должны оказывать врачи «скорой помощи» или человек с медицинским образованием, который уверен в своих действиях. Доврачебную первую помощь больному может оказать человек, который находится рядом и после прибытия неотложной помощи рассказать о своих действиях, которые были оказаны потерпевшему.

### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Знание основных понятий об асептике и антисептике необходимо для формирования у студентов правильных подходов к оказанию первой медицинской помощи при нарушении целостности кожных покровов, для предупреждения инфицирования ран и борьбы с инфекцией, попавшей в рану. Необходимость в реанимационной помощи может возникнуть в любом месте и в любой обстановке. Жизнь человека в этом случае будет зависеть от того, насколько оказывающий ему помощь владеет методами реанимации (наружный непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких). Студенты должны владеть техникой искусственной вентиляции легких методом «изо рта в рот» и «изо рта в нос» и непрямого массажа сердца. Кроме этого студенты должны иметь представление об аппаратах искусственной вентиляции легких.

### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Что входит в понятие личной и клинической гигиены медицинского персонала?

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-35-</p>
---	---	---	-------------

2. Основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции.
3. Бациллоносительство и его значение.
4. Роль среднего и младшего медперсонала в профилактике внутрибольничной инфекции.
5. Гигиенические условия работы в операционной и перевязочной.
6. Понятие о медицинской деонтологии.
7. Основные положения медицинской деонтологии.
8. Особенности профессиональной одежды сотрудников хирургической клиники.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-36-

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 2).**

**Количество часов – 2.**

### **Основные вопросы для изучения:**

1. Понятие «первая медицинская помощь».
2. Классификация неотложных состояний.
3. Основные понятия об асептике и антисептике.
4. Основные принципы сердечно-легочной реанимации.


### **Целевая установка:**

1. Разобрать понятие «первая медицинская помощь».
2. Разобрать классификацию неотложных состояний.
3. Разобрать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Разобрать основные принципы сердечно-легочной реанимации.
5. Разобрать санитарно-гигиенический режим отделения.
6. Разобрать понятие о внутрибольничной инфекции.

### **Формируемые понятия:**

1. Знать понятие «первая медицинская помощь».
2. Знать классификацию неотложных состояний.
3. Знать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Знать санитарно-гигиенический режим отделения.
5. Знать о внутрибольничной инфекции.
6. Уметь оценить потребность больного и/или пострадавшего в первой медицинской помощи.
7. Уметь оказать первую медицинскую помощь в критических ситуациях.
8. Уметь оказать первую помощь при воздействии на человека электрическим током, при ожогах и отморожениях.
9. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
10. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
11. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
12. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
13. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

### **Теоретическая часть.**

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-37-</p>
--	---	--	-------------

Знание основных понятий об асептике и антисептике необходимо для формирования у студентов правильных подходов к оказанию первой медицинской помощи при нарушении целостности кожных покровов, для предупреждения инфицирования ран и борьбы с инфекцией, попавшей в рану. Необходимость в реанимационной помощи может возникнуть в любом месте и в любой обстановке. Жизнь человека в этом случае будет зависеть от того, насколько оказывающий ему помощь владеет методами реанимации (наружный непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких). Студенты должны владеть техникой искусственной вентиляции легких методом «изо рта в рот» и «изо рта в нос» и прямого массажа сердца. Кроме этого студенты должны иметь представление об аппаратах искусственной вентиляции легких. Содержание занятия. Контроль знаний – устный опрос. Доклады с презентацией – регламент 15 минут.

Организация ухода за больным в хирургическом отделении.


Обычное хирургическое отделение состоит из 60 коек, которые разделяются на 2 сестринских поста по 30 коек на каждый.

На каждые 30 коек необходимо: три вида палат (боксовые; для послеоперационных больных; для выздоравливающих); ординаторская; кабинет заведующего отделением; сестринская; перевязочная; процедурный кабинет; специальные кабинеты в профильных отделениях (гипсовая, эндоскопический кабинет, смотровая, манипуляционная); санузлы (расчет 1 на 10 больных); душевые или ваннные комнаты (1 установка на 10 больных); санитарная комната (с унитазом, оборудованием для обработки подкладных суден, мочеприемников, мебелью для их хранения); шкаф для чистого белья и емкость для грязного белья, посуда для антисептиков.

Для нормальной работы отделения важен пропускной режим. Посетители приходят к больным в определенные часы, предъявляются требования к их внешнему виду, одежде.

Медицинский пост имеет в наличии:

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	-38-
---	---	--	------

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

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

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

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

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

Палатная медицинская сестра должна:

- быть образцом дисциплинированности, осуществлять прием вновь поступивших больных в отделение;
- проводить осмотр на наличие педикулеза (контроль за работой приемного отделения больницы), оценивать общее гигиеническое состояние больного (проведение ванны, смена белья, подстригание ногтей и т.д.);
- осуществлять транспортировку или сопровождение больного в палату, обеспечивать его сразу же при поступлении индивидуальными предметами ухода, стаканом, ложкой для приема воды (лекарства);
- знакомить с расположением помещений отделения и правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;
- осуществлять сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т.д.) и организовывать своевременную отправку их в лабораторию: своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-39-

- проводить подготовку историй болезни, направление больных по назначению врачей на клиничко-диагностические, функциональные исследования, в операционные, перевязочные и в случае необходимости их транспортировку, совместно с младшим медицинским персоналом отделения, контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;
- подготавливать полотенца, специальные средства для дезинфекции рук врача, принимать непосредственное участие в обходе больных врачом-ординатором или дежурным врачом, сообщать им сведения об изменениях в состоянии здоровья больных;
- производить измерение температуры тела больным утром и вечером, а по назначению врача и в другое время дня вести запись температуры в температурный лист, счет пульса и дыхания; измерять суточное количество мочи, мокроты, вносить эти данные в историю болезни;
- осуществлять плановое наблюдение, организацию ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактику пролежней;
- вести активное наблюдение за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья — нательного и постельного;
- делать личную явку к больному по первому его зову;
- проводить контроль за выполнением пациентом установленного врачом режима питания, соответствием продуктов, принесенных больному родственниками, разрешенному ассортименту, ежедневный контроль за состоянием тумбочек, холодильников в палатах;
- осуществлять составление порционных требований на диетстолы старшей медсестре для передачи их ей для приготовления диетпитания;
- производить раздачу пищи пациентам отделения, кормление больных;
- вести контроль за выполнением правил работы младшим обслуживающим персоналом;
- делать отметки в листе врачебных назначений об их выполнении с росписью за выполнение каждого назначения;
- быть гуманной, тактично вести себя при агонирующих больных, осуществлять правильное документальное оформление, укладку и передачу тела умершего для транспортировки в патологоанатомическое отделение; обслуживание больных в этот период поручается медицинскому персоналу другого поста;
- принимать непосредственное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и населения на темы санитарно-гигиенические, ухода за больными, профилактики заболеваний, здорового образа жизни и т.д.;
- производить прием и передачу пациентов только у постели больного;
- осуществлять регулярный (не реже 1 раза в 7 дней) осмотр больных на наличие педикулеза (с отметкой об этом в соответствующем документе), а также организацию (в случае необходимости) противопедикулезных мероприятий; еже-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-40-

дневно утром передавать старшей медицинской сестре список требуемых на пост лекарственных препаратов, предметов ухода за больными, а также делать это в течение смены;

- составлять в ночное время список пациентов своего поста, сведения о них по утвержденной в больнице схеме, передавать полученные сведения утром в приемное отделение больницы для справочного бюро (8.00);

- проводить кварцевание палат, закрепленных за постом, а также других помещений согласно графику, разработанному старшей медицинской сестрой отделения совместно с врачом-эпидемиологом больницы;


- работать без права сна и не отлучаться из отделения без разрешения старшей медсестры или заведующего отделением, а в период их отсутствия - дежурного врача;

- знать и обеспечить готовность к оказанию доврачебной медицинской помощи при ухудшении состояния больного, неотложных состояниях, обеспечить правильную и быструю транспортировку.

Палатная медицинская сестра обязана уметь:

- вести наблюдение за состоянием больного и правильно оценивать его;
- накладывать асептические повязки на раны и ожоговые поверхности;
- останавливать наружные кровотечения;
- проводить транспортную иммобилизацию;
- накладывать гипсовые повязки (после специальной подготовки);
- накладывать повязку при открытом пневмотораксе;
- определять групповую принадлежность крови;
- выполнять внутримышечные, подкожные и внутривенные инъекции;
- проводить трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, а также аутогемотерапию;
- делать искусственное дыхание с использованием соответствующих аппаратов;
- проводить непрямой массаж сердца;
- осуществлять промывание желудка, взятие желудочного сока, дуоденального содержимого;
- проводить постановку клизм, очистительной, питательной, лекарственной, капельной, сифонной (под руководством и наблюдением врача);
- вводить газоотводные трубки;
- катетеризировать мочевой пузырь мягким резиновым катетером;
- промывать мочевой пузырь;
- спринцевать влагалище;
- проводить постановку горчичников, пиявок, компрессов;
- втирать лекарственные вещества;
- измерять артериальное давление;



	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности” Методические указания для обучающихся</p>	<p>-4-</p>
---	---	---	------------


- проводить функциональные пробы, физиопроцедуры, электрокардиографические исследования (после специальной подготовки);
- осуществлять подготовку больных к рентгеноскопии, рентгенографии, эндоскопическим исследованиям, операциям, лабораторным исследованиям;
- проводить сбор материала для лабораторного исследования,
- включая мазки из зева и половых органов;
- осуществлять дезинфекцию и подготовку к стерилизации (в случае необходимости) инструментов, оборудования, предметов ухода, закрепленных за постом;
- проводить (по назначению врача после специальной подготовки) кожные пробы;
- четко и грамотно вести закрепленную за постом медицинскую документацию;
- ассистировать врачу при различных процедурах и манипуляциях;
- проводить правильную подготовку трупов для передачи в патологоанатомическое отделение;
- владеть работой во всех манипуляционных кабинетах отделения.

Работа операционной медицинской сестры. На должность операционной сестры назначается лицо со средним медицинским образованием, прошедшее специальную подготовку по работе в операционно-перевязочном блоке. Назначается и увольняется главным врачом больницы по представлению главной медсестры в соответствии с действующим законодательством. Непосредственно подчиняется старшей операционной медсестре, в процессе подготовки к операции во время ее проведения - врачу-хирургу и его ассистентам, в период дежурства — дежурному врачу отделения (больницы). В своей работе руководствуется правилами инструкции по выполняемому разделу работы, распоряжениями и указаниями вышестоящих должностных лиц.

Обязанности операционной медицинской сестры. Старшая операционная медсестра распределяет работу между операционными медсестрами. Практика показывает, что для повышения ответственности и лучшей организации труда целесообразно выделить каждой медсестре определенный участок работы, например, одна медсестра отвечает за качество стерилизации, другая - за порядок в инструментальных шкафах и т.д. В наиболее ответственных операциях старшая операционная медсестра может принимать участие сама.

Операционная медсестра должна:

- в совершенстве владеть методикой приготовления как шовного, так и перевязочного материала;
- уметь помогать врачу при эндоскопических и лапароскопических исследованиях, овладеть техникой гемотрансфузии, а также других манипуляций;
- обеспечить полное оснащение операции;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-42-</p>
---	---	---	-------------

- быть в постоянной готовности к плановым и экстренным операциям;
- подчиняться ответственному хирургу и не отлучаться с работы без разрешения старшего в дежурной бригаде (если операционная сестра входит в дежурную бригаду, состоящую из разных специалистов);
- отвечать за асептическую подготовку больного, поступающего на операцию, а также за асептику операционного блока — ей подчиняются все, кто находится в операционной,
- владеть техникой предстерилизационной подготовки и стерилизации всех видов материалов;
- знать все типичные операции, следить за их ходом и обеспечивать необходимую квалифицированную помощь хирургу;
- уметь правильно и своевременно подавать инструменты хирургу;
- вести строгий подсчет инструментов, салфеток, тампонов перед операцией, во время и после нее;
- наблюдать за тем, чтобы записи о проведенной операции были своевременными и сделаны по общепринятой форме в специальном операционном журнале;
- следить за сохранностью и исправностью оборудования, заботиться о пополнении и ремонте неисправного инвентаря, а также за абсолютной чистотой операционного блока и перевязочной;
- исправностью обычного и аварийного освещения; систематически пополнять операционную необходимыми медикаментами, перевязочными материалами и операционным бельем, подбирать нужные наборы инструментов;

Старшая операционная медсестра ежемесячно проводит проверку стерильности методом бактериологического контроля.

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

Последовательность действий медицинской сестры:

1. подготовить емкости для дезинфекции использованного инструментария и материала;
2. сдать накануне подготовленные биксы с материалом в ЦСО;
3. доставить стерильные биксы из ЦСО;
4. приготовить маркированные лотки для в/в и в/м инъекций;
5. подготовить стерильные биксы к работе;
6. надеть маску, провести гигиеническую антисептику рук, надеть стерильные перчатки;
7. накрыть стерильные лотки стерильной пленкой с помощью стерильных пинцетов и разделить лоток на три условные зоны: 1 - зона, на которую с помощью пинцета выложить стерильные шарики, под верхний слой стерильной пе-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-43-

ленки; 2 - зона для стерильных шприцов, заполненных инъекционными растворами и закрытых иглой с колпачком; 3 - зона, в которую уложить стерильный пинцет для работы на лотке.

8. при заборе крови с вены рекомендуется после каждого пациента проводить смену перчаток и обработку валика, жгута дезинфицирующим раствором;

9. после окончания забора крови у всех больных сбросить пеленку в мешок для грязного белья, перекрыть стерильный лоток.

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

Работа перевязочной медсестры. Перевязочная - специально оборудованное помещение для производства перевязок, осмотра ран и проведения ряда процедур, выполняемых в процессе лечения ран. В перевязочной могут производиться также инъекции, трансфузии и небольшие операции (первичная хирургическая обработка небольших ран, вскрытие поверхностно расположенных гнойников и т.п.).

Современные перевязочные разворачиваются как в стационарах, так и в амбулаториях. Число перевязочных и столов определяется числом коек и профилем отделения. Площадь перевязочной исчисляется из расчета 15–20 м<sup>2</sup> на один перевязочный стол. Размеры амбулаторной перевязочной определяют в зависимости от предполагаемой пропускной способности учреждения. В перевязочной стены, пол и потолки должны быть удобными для механической очистки во время уборки.

Перевязочная оборудуется соответствующим набором предметов, оснащается необходимыми хирургическими инструментами, медикаментозными средствами и перевязочным материалом.


Перевязочная медсестра несет ответственность за соблюдение асептики в перевязочной, во время перевязок руководит ее работой. Рабочий день начинают с осмотра перевязочной. После этого медсестра получает список всех перевязок на день, устанавливает их очередность. Убедившись в готовности перевязочной, медсестра накрывает стерильный инструментально-материальный перевязочный стол (последовательность действий):

1. медсестра надевает маску, заправив перед этим волосы под шапочку, моет и обеззараживает руки, надевает стерильный халат и перчатки;

2. нажав на педаль, открывает бикс со стерильным бельем, достает стерильную простыню, разворачивает ее так, чтобы она осталась двухслойной, и ею покрывает передвижной столик;

3. на этот столик ставят сетку со стерильным инструментарием и другими предметами, извлеченными из стерилизатора;

4. перевязочный стол вначале покрывают стерильной клеенкой, затем в 4 слоя простынями так, чтобы края свисали на 30–40 см книзу;

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-44-</p>
--	---	--	-------------

5. верхнюю двухслойную простыню запрокидывают к задней части стола и к ней по углам крепят цапки или кровоостанавливающие зажимы;
6. стерильным корнцангом медсестра переносит инструменты из сетки на перевязочный стол и раскладывает их в определенном порядке по назначению;
7. на столе должны быть пинцеты, кровоостанавливающие зажимы, кушачки, иглодержатели, корнцанги, пуговчатые и желобоватые зонды, почкообразные тазики, шприцы, стаканы для растворов, катетеры, дренажи, ножницы, крючки Фарабефа, трех-четырёхзубчатые крючки, готовые наклейки, салфетки, турунды и шарики;
8. простыней, сложенной вдвое, медсестра закрывает перевязочный стол;
9. края нижней и верхней простыней скрепляют цапками сзади и с боков;
10. прикрепляют бирку в левом дальнем углу, на которой указывают дату, время накрытия стола и фамилию медсестры. Стол считается стерильным 1 суток.

### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Знание основных понятий об асептике и антисептике необходимо для формирования у студентов правильных подходов к оказанию первой медицинской помощи при нарушении целостности кожных покровов, для предупреждения инфицирования ран и борьбы с инфекцией, попавшей в рану. Необходимость в реанимационной помощи может возникнуть в любом месте и в любой обстановке. Жизнь человека в этом случае будет зависеть от того, насколько оказывающий ему помощь владеет методами реанимации (наружный непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких). Студенты должны владеть техникой искусственной вентиляции легких методом «изо рта в рот» и «изо рта в нос» и непрямого массажа сердца. Кроме этого студенты должны иметь представление об аппаратах искусственной вентиляции легких.

### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Что входит в понятие личной и клинической гигиены медицинского персонала?
2. Основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции.
3. Бациллоносительство и его значение.
4. Роль среднего и младшего медперсонала в профилактике внутрибольничной инфекции.
5. Гигиенические условия работы в операционной и перевязочной.
6. Понятие о медицинской деонтологии.
7. Основные положения медицинской деонтологии.
8. Особенности профессиональной одежды сотрудников хирургической клиники.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-45-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-46-

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Общие принципы оказания первой медицинской помощи. Основные понятия об асептике и антисептике при осуществлении общего ухода. Принципы и методы реанимации. (часть 3).**

**Количество часов – 2.**

### **Основные вопросы для изучения:**

1. Понятие «первая медицинская помощь».
2. Классификация неотложных состояний.
3. Основные понятия об асептике и антисептике.
4. Основные принципы сердечно-легочной реанимации.

### **Целевая установка:**

1. Разобрать понятие «первая медицинская помощь».
2. Разобрать классификацию неотложных состояний.
3. Разобрать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Разобрать основные принципы сердечно-легочной реанимации.
5. Разобрать санитарно-гигиенический режим отделения.
6. Разобрать понятие о внутрибольничной инфекции.

### **Формируемые понятия:**

1. Знать понятие «первая медицинская помощь».
2. Знать классификацию неотложных состояний.
3. Знать основные понятия об асептике и антисептике.
4. Знать санитарно-гигиенический режим отделения.
5. Знать о внутрибольничной инфекции.
6. Уметь оценить потребность больного и/или пострадавшего в первой медицинской помощи.
7. Уметь оказать первую медицинскую помощь в критических ситуациях.
8. Уметь оказать первую помощь при воздействии на человека электрическим током, при ожогах и отморожениях.
9. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
10. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
11. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
12. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
13. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

### **Теоретическая часть.**



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-47-

**Реанимация** - комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление угасающих или только что угасших жизненно важных функций организма.

**Реанимационные мероприятия** - действия оказывающего первую помощь при клинической смерти, направленные на поддержание функций кровообращения и дыхания и оживление организма. Успех реанимационных мероприятий определяется ранним распознаванием клинической смерти, немедленным началом базовой сердечно-легочной реанимации, быстрым и своевременным прибытием профессионалов и началом специализированной сердечно-легочной реанимации.

Каждый дееспособный человек в любых условиях должен уметь выполнить комплекс мероприятий **базовой сердечно-легочной реанимации**. Выполнение сердечно-легочной реанимации показано во всех случаях внезапной смерти, и только по ходу ее проведения уточняются обстоятельства смерти и противопоказания к реанимации.

**Показанием** к сердечно-легочной реанимации является клиническая смерть. Диагноз клинической смерти устанавливается по следующим признакам: отсутствие сознания (реакции на раздражители) и движений, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях, судороги (следствие беспорядочной электрической активности страдающей от гипоксии нервной системы), расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет, цианоз или бледность кожного покрова. Усложнение диагностики недопустимо, так как является потерей времени.

**Противопоказания** к проведению сердечно-легочной реанимации:

- если смерть наступила на фоне применения полного комплекса интенсивной терапии, показанной данному пациенту, и была не внезапной, а связанной с несовершенством медицины при данной патологии;
- смерть в терминальную стадию хронического заболевания;
- если установлено, что с момента остановки сердца (при нормальной температуре окружающей среды) прошло свыше 25 минут;
- у пациентов, заранее зафиксировавших свой обоснованный отказ от сердечно-легочной реанимации в медицинских документах;
- при травме, несовместимой с жизнью (размозжение головы, шеи, груди, отделение головы от туловища).

Базовую сердечно-легочную реанимацию проводят в «полевых» условиях, то есть в условиях отсутствия специального оборудования и медикаментов, по алгоритму ABC (Airway-Breathing -Circulation).

**Восстановление проходимости дыхательных путей**

Человека помещают на твердую горизонтальную поверхность на спину, расстегивают стесняющую одежду и осматривают полость рта. Если в ней есть кровь, слизь, рвотные массы, ее следует очистить, повернув голову пострадавшего набок. Если полость рта свободна, делают 2-3 глубоких искусственных вдоха рот в рот. Экскурсия грудной стенки говорит о проходимости дыхательных путей.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-48-

Если грудная стенка не раздувается, стоит изменить положение головы и повторить искусственные вдохи. При неудаче следует искать причину непроходимости дыхательных путей ниже полости рта. Наиболее часто таковой оказывается западение корня языка в полость ротоглотки. Для устранения данного препятствия используют тройной прием Сафара: разгибают шею, выдвигают вперед нижнюю челюсть и открывают рот. Также можно воспользоваться S-образной воздуховодной трубкой из автомобильной аптечки. Если есть подозрение на инородное тело гортани, следует перевести человека в положение сидя или стоя, обхватив его грудь сзади, резко сжать грудную клетку. Неэффективность этого приема диктует необходимость кониотомии – рассечения конусовидной связки гортани, расположенной между щитовидным и перстневидным хрящами. При утоплении проходимость дыхательных путей восстанавливают, перекидывая человека через колено животом вниз, так чтобы голова находилась ниже груди, и ритмично сжимая грудную клетку.

#### **Значение изучаемого материала для последующего использования:**

Знание основных понятий об асептике и антисептике необходимо для формирования у студентов правильных подходов к оказанию первой медицинской помощи при нарушении целостности кожных покровов, для предупреждения инфицирования ран и борьбы с инфекцией, попавшей в рану. Необходимость в реанимационной помощи может возникнуть в любом месте и в любой обстановке. Жизнь человека в этом случае будет зависеть от того, насколько оказывающий ему помощь владеет методами реанимации (наружный непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких). Студенты должны владеть техникой искусственной вентиляции легких методом «изо рта в рот» и «изо рта в нос» и непрямого массажа сердца. Кроме этого студенты должны иметь представление об аппаратах искусственной вентиляции легких.

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Что входит в понятие личной и клинической гигиены медицинского персонала?
2. Основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции.
3. Бациллоносительство и его значение.
4. Роль среднего и младшего медперсонала в профилактике внутрибольничной инфекции.
5. Гигиенические условия работы в операционной и перевязочной.
6. Понятие о медицинской деонтологии.
7. Основные положения медицинской деонтологии.
8. Особенности профессиональной одежды сотрудников хирургической клиники.





Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-49-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 1).**

**Количество часов – 2.**

**Основные разделы:**

1. Понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Целевая установка:**

1. Разобрать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Разобрать технику наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Разобрать особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Формируемые понятия:**

1. Знать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.
4. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
5. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
6. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
7. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
8. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

**Теоретическая часть.**

Организуя уход за больными хирургического профиля, необходимо иметь в виду, что любое оперативное вмешательство сопровождается развитием у них стресса, и большинство операций выполняют под общим обезболиванием. Оба обстоятельства требуют пристального внимания к больному в ближайшие часы после операции.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-50-

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


Пациента перевозят на каталке в сопровождении врача-анестезиолога, проводившего наркоз. Во время транспортировки может возникнуть остановка сердечной деятельности и дыхания, при которых тотчас проводят реанимационные мероприятия. В палате больного укладывают на бок, тем самым в случае рвоты предупреждают попадание рвотных масс, слюны или слизи в дыхательные пути. После восстановления защитных рефлексов и сознания пациенту придают нужное положение. Больного, находящегося в состоянии возбуждения, фиксируют мягкими ляжками. Затем подключают оборудование для мониторингового слежения. Наблюдение за больными организует анестезиолог-реаниматолог и проводит сестра-анестезистка.

Главными задачами ведения больных в ближайшее время после операции являются:

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

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

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности” Методические указания для обучающихся</p>	<p>-51-</p>
---	---	--	-------------


логическому) желудочного содержимого, т.е. пассивное его затекание в ротовую полость.

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

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

Усиление боли в зоне операции ограничивает глубину дыхания и препятствует откашливанию мокроты. Недостаточная же вентиляция легких, в том числе при закупорке бронхиол слизью, приводит к формированию ателектаза, когда часть легкого теряет воздушность, спадается и здесь развивается воспаление. Для предупреждения этого необходимо рациональное обезболивание. Важна дыхательная гимнастика, каждый час больной должен делать 5 глубоких вдохов и выдохов, также самостоятельная или с помощью персонала перемена положения тела, ранние активные движения вплоть до вставания и массаж груди. При отхождении мокроты раз в 3-4 часа на несколько минут больному придают постуральное положение (на том или ином боку, на спине), при котором слизь хорошо перемещается в крупные бронхи и относительно легко откашливается. При большом количестве мокроты проводят прямую ларингоскопию, через тонкий катетер аспирируют слизь.

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности”          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-52-</p>
--	---	---	-------------

нажи, свищи, желудочный и кишечный зонд. Для проведения инфузионной терапии выполняют венепункцию или венесекцию.

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

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


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

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

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

При общем режиме уход за больными после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением гигиенических мероприятий. Тяжелым больным, находящимся на постельном режиме, нужна помощь по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отправлений. В компетенции медицинского персонала находится создание для больного функционально выгодного положения, способствующего скорейшему выздоровлению и профилактике осложнений. Так, после операции на органах брюшной полости рекомендовано положение с поднятым головным концом и немного согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой для операционной раны, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения возможно использование специальных подголовников, валиков. Функциональные кровати,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-53-</p>
---	---	--	-------------

которые состоят из трех подвижных секций, позволяющих с помощью ручек плавно и бесшумно придавать больному удобные положения в постели, также имеют колесики для передвижения.

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


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

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

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

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

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-54-</p>
--	---	---	-------------

глубоких пролежней ведется по принципу лечения гнойных ран, согласно назначениям врача.

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

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

Смена простыни у тяжелого больного требует от персонала определенных навыков. В случае, если больному разрешается поворачиваться на бок, необходимо сначала осторожно приподнять его голову и убрать подушку, после чего нужно помочь больному повернуться на бок. На свободной половине кровати, находящейся со стороны спины больного, необходимо скатать грязную простынь, чтобы она в виде валика легла вдоль спины у больного. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ложится рядом с валиком грязной простыни. После чего больному помогают лечь на спину, повернуться на другой бок, вследствие чего он остается лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирается грязная простыня и расправляется чистая.

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

Указанные способы смены простыни при всей ловкости ухаживающих причиняют много беспокойств больному, вследствие чего иногда бывает удобнее положить больного на каталку и перестелить постель, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем.

При отсутствии каталки больного вдвоем перекадывают на край кровати, затем расправляют на освободившейся половине матрац и простыню, после чего перекадывают больного на убранную половину постели, то же самое проделывают с другой стороны.

При смене нательного белья у тяжелого больного медсестре нужно подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и аккуратно подвести ее к голове, затем поднимают обе руки больного и скатанную рубашку у шеи переводят через голову больного. После этого можно освободить руки больного. Одева-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-55-


ние больного производится в обратном порядке: надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову, и расправляют под больным.

При появлении гнойных выделений, которые склеивают ресницы, глаза промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. При этом движения тампона производят в направлении от наружного края к носу. Для закапывания капель в глаз нужно пользоваться глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. При процедуре больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра, оттягивая нижнее веко и, не касаясь ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см, закапывает 2-3 капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Глазные мази нужно закладывать специальной стерильной стеклянной палочкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь, после чего мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

При наличии выделений из носа их нужно удалять ватными турундами, вводя их в носовые ходы легкими вращательными движениями. При формировании корочек необходимо предварительно закапать в носовые ходы по несколько капель глицерина, вазелинового или растительного масла, спустя несколько минут корочки удаляют ватными турундами. Серу, которая скапливается в наружном слуховом проходе, следует осторожно удалять ватным тампоном, предварительно закапав 2 капли 3% раствора перекиси водорода. Закапывая капли в ухо, голову больного нужно наклонить в противоположную сторону, а ушную раковину оттянуть назад и вверх. После закапывания капель больной остается в положении с наклоненной головой 1-2 минуты. Для удаления серы из ушей запрещено пользоваться жесткими предметами из-за опасности повреждения барабанной перепонки, ведущего к снижению слуха.

Из-за своего малоподвижного состояния тяжелые больные нуждаются в помощи для осуществления своих физиологических отправлений. При необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме, подают судно, а при мочеиспускании - мочеприемник. Судно может быть резиновым или металлическим с эмалевым покрытием. Резиновое судно применяется при наличии пролежней, для ослабленных больных, при недержании кала и мочи. Не нужно туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец значительное давление. Подавая судно в кровать, следует подложить под него клеенку. Перед подачей судно ополаскивается горячей водой. Больной должен согнуть ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, прикрывает больного одеялом и оставляет его одного. После дефекации судно извлекают из-под больного, содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-56-</p>
--	---	--	-------------

промывают горячей водой, дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных нужно подмыть, так как иначе в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором, температура которого 30-35° С. Для подмывания необходимо иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. При подмывании женщина лежит на спине, согнув ноги в коленях и немного разведя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно. В левую руку медсестра берет кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливает воду на наружные половые органы, в то же время корнцангом с зажатым в него ватным тампоном производят движения от половых органов к заднему проходу, т.е. сверху вниз. После чего сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода на наружные половые органы и в мочевого пузырь. Подмывание можно осуществлять из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия. Значительно проще подмывать мужчин. Положение пациента на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывается судно. Ватой в корнцанге насухо вытирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

Локальным результатом любой операции является рана, характеризующаяся тремя важнейшими признаками: зияние, боль, кровотечение.

Раневой процесс - механизм, направленный на заживление раны. Суть его заключается в удалении дефекта тканей и купировании симптомов раны. Этот процесс проходит в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса - воспаление - направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, инородных тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.п. Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для любого воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции.

Постепенно эти симптомы стихают, и на смену первой приходит вторая фаза - регенерации, суть которой заключается в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых соединительнотканых элементов и краевой эпителизации.

Третья фаза раневого процесса - реорганизации рубца, характеризуется его укреплением.

Исход лечения при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной.





Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-57-

Основным мероприятием, направленным на предупреждение контактной инфекции, является стерилизация всех предметов, которые могут соприкасаться с поверхностью раны. Стерилизации подлежат инструменты, перевязочный материал, перчатки, белье, растворы и др.

Непосредственно в операционной после наложения швов на рану она обрабатывается раствором антисептика (йод, йодонат, йодопирон, бриллиантовый зеленый, спирт) и закрывается стерильной повязкой, которая плотно и надежно фиксируется путем бинтования или с помощью клея, лейкопластыря. Если в послеоперационном периоде повязка сбилась или промокла кровью, нужно немедленно поставить в известность лечащего или дежурного врача, который после осмотра дает указание сменить повязку.

Одной из особенностей ведения больных в хирургическом отделении заключается в необходимости борьбы с болевым синдромом. Интенсивность болей зависит от пола пациента, возраста, от характера раны, ее размера и локализации. Больные различно воспринимают боль и индивидуально реагируют на нее. Интенсивная боль может быть пусковым моментом в развитии болевого шока.

Местное воздействие холода оказывает анальгезирующий эффект. В течение первых 12 часов после операции на область раны кладут пузырь со льдом. Известно, что холод вызывает сокращение сосудов кожи и подлежащих тканей, что способствует тромбообразованию и предупреждает развитие гематомы в ране.

При наполнении пузыря водой необходимо, прежде, чем завинтить крышку, из пузыря, вытеснить воздух. Затем пузырь помещают в морозильную камеру до полного замораживания. Под пузырь следует подложить полотенце или салфетку. Укладывать пузырь со льдом непосредственно на кожу нельзя. Для уменьшения боли очень важно после операции придать пораженному органу или участку тела правильное положение, при котором добиваются максимального расслабления окружающих мышц и функционального комфорта для органов.

Для облегчения болевого синдрома после операций на органах брюшной полости необходимо создать положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями. Эта мера способствует созданию благоприятных условий для дыхания и кровообращения, обеспечивает расслабление мышц брюшной стенки, обеспечивает покой операционной ране, снижает болевой синдром и препятствует развитию некоторых осложнений.

После операций на руках и ногах оперированные конечности должны находиться в среднефизиологическом положении. Это положение обеспечивает уравновешивание действий мышц-антагонистов. Среднефизиологическим положением для верхней конечности является отведение плеча до угла  $60^\circ$  и сгибание до  $30-35^\circ$  при этом угол между предплечьем и плечом должен составлять  $110^\circ$ . Оптимальным положением для нижней конечности является сгибание в коленном и тазобедренном суставах до угла  $140^\circ$ , а стопа должна находиться под углом  $90^\circ$  к голени. Имобилизацию осуществляют с помощью шин, лонгет или фикси-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-58-

рующей повязки. Особенности питания пациентов в хирургическом отделении. Лечебное питание – научно обоснованная система организации питания и дифференцированного использования с лечебной или профилактической целью определенных пищевых продуктов и их сочетаний, которые достаточны для энергообеспечения организма.

Для быстрого заживления ран и выздоровления пациентов необходимо сбалансированное питание. Его отсутствие замедляет заживление раны, приводит к развитию госпитальной инфекции. Полноценное питание является важнейшей составной частью качественного лечения хирургического больного. Сбалансированное питание - поступление достаточного количества питательных веществ в соответствии с энергозатратами, которые повышаются при патологическом состоянии в связи с увеличением основного обмена. Оптимальным соотношением этих веществ является суточное поступление белков – 13-17%, жиров – 30-35%, углеводов – 50-55%.


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

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

Количество диет, которые применяются в лечебно-профилактическом учреждении, зависит от местных условий и, главным образом, от профиля обслуживаемого контингента.

Диета N 0-а назначается на 2-3 дня. Она включает желеобразные и жидкие блюда, свободную жидкость 1,8-2,2 л с температурой пищи не выше 45°C. Пищу употребляют 7-8 раз в сутки с объемом не более 200-300 г за один прием. Разрешают обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар с добавлением сливочного масла, ягодный кисель, процеженный компот, настой шиповника с сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки, чай с лимоном. Спустя 2-3 дня при улучшении состояния добавляют яйцо всмятку, 50 мл сливок. Запрещают плотные и пюреобразные блюда, газированные напитки, цельное молоко.

Диета N 0-б назначается на 2-4 дня после N0-а. В нее дополнительно включают жидкие протертые каши из геркулеса, гречи и риса, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на овощном отваре, паровой белко-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-59-</p>
---	---	--	-------------

вый омлет, паровое суфле или пюре из нежирной рыбы или мяса. Пищу дают не более 350-400 г на прием 6 раз в сутки.

Диета N 0-в является продолжением предыдущего диетического питания и служит для плавного перехода к физиологически полноценному употреблению пищи. В эту диету входят супы-кремы и супы-пюре, приготовленные на пару блюда из протертого отварного мяса, курицы или рыбы, свежий творог, кисломолочные напитки, протертые овощные и фруктовые пюре, 50-75 г белых сухарей. В кашу можно добавлять молоко. Пища дается 6 раз в сутки.

Диета N 1-а назначается через 6-7 дней после операций на желудке. Согласно этой диете пищу готовят в жидком и полужидком виде и принимают её равномерными порциями каждые 2-3 часа. Для приготовления блюд (паровое суфле или пюре) нежирных видов рыбу или сорта мяса средней упитанности. Употребляют цельное молоко, сливки, несоленое сливочное масло, молочные жидкие каши из протертых круп или детского питания, гомогенизированные овощи, молочный суп, слизистые отвары на молоке, кисели, желе из некислых ягод, некрепкий чай, отвар шиповника. Исключают вещества, возбуждающие секрецию желудка, горячие и холодные блюда,.


Диета N1 показана после операций на желудке как переходное питание от диеты N1-а к физиологически полноценной пище. Она предназначена для уменьшения воспалительной реакции и заживления слизистой путем ограничения термических, химических и механических раздражителей.

Для приготовления пищи используют нежирные сорта мяса и виды рыбы. Разрешено употреблять паровые котлеты, биточки, суфле, пюре, зразы, заливное на овощном отваре. Из молочных продуктов рекомендуют некислый протертый творог, сметану, неострый сыр, вареники, сырники, полувязкую кашу на молоке, пудинг, паровую яичницу или омлет. Нельзя использовать блюда в горячем и холодном виде, почти все колбасные изделия, острую и соленую пищу, крепкие бульоны, копчености, кислы и недоспелые ягоды и фрукты, шоколад, мороженое, квас, черный кофе.

Диета N 5-а используется при остром холецистите через 3-7 дней от начала заболевания, на 5-6 сутки после операций на желчевыводящих путях и при остром панкреатите. Употребляемая механически и химически щадящая пища поддерживает функциональный покой всех органов пищеварения. Блюда готовят вареными или протертыми, подают в теплом виде. Пищу нужно принимать 4-6 раз в день.

Необходимо исключить продукты, богатые экстрактивными веществами и грубой клетчаткой, жирные и жареные блюда, копчености, грибы, холодную закуску, свежий и ржаной хлеб, сдобное и слоеное тесто, мороженое, пряности, какао, шоколад, черный кофе, газированные и холодные напитки.

Диету N 9 используют при сахарном диабете. Она нормализует углеводный обмен. При этой диете энергетическая ценность снижается за счет уменьшенного содержания в пище углеводов и жиров. Исключается из рациона сахар и сладости,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-60-</p>
---	---	--	-------------

вместо них используют заменители, умеренно ограничена поваренная соль. Среди исключаемых продуктов жирные сорта мяса и рыбы, соленые сыры, рис, манная крупа и макароны, изделия из сдобного и слоеного теста, соленые и маринованные овощи, виноград, изюм, бананы, сахар, мед, варенье, конфеты, мороженое, сладкие соки.

Диета N 11 назначается при истощении организма после операции или травмы в случае отсутствия болезней пищеварительной системы, направлена на повышение защитных сил организма и улучшение состояния питания. Используются при этом продукты содержат увеличенное количество белков, витаминов, минеральных веществ. Кулинарная обработка и температура пищи обычная. Питание осуществляется 5 раз в сутки с употреблением свободной жидкости до 1,5 литров. Рекомендуются перечень продуктов очень разнообразен, начиная от мясных и рыбных блюд и кончая различными мучными изделиями. Исключение составляет очень жирное мясо и птица, бараний, говяжий и кулинарный жиры, острые и жирные соусы, торты и пирожные с большим количеством крема.

Диета N 15 используется при различных заболеваниях, не требующих специального лечебного режима питания, а также в качестве переходного к обычному питанию после использования других диет. Её целью является обеспечение физиологически полноценного питания. Белки, жиры и углеводы содержатся в количестве, необходимом для здорового человека, не занятого физическим трудом, а витамины – в повышенном количестве. Температура пищи и её кулинарная обработка обычные. Свободную жидкость не ограничивают. Пищу употребляют 4-5 раз в день. Рекомендуется ежедневное использование кисломолочных продуктов, свежих овощей и фруктов, соки, отвар шиповника. Ограничивают специи, и исключают жирные сорта мяса, говяжий, бараний, свиной и кулинарный жиры. В зависимости от вида диеты и состояния пациента кормление пациента может осуществляться с ложки или из поильника. После некоторых хирургических вмешательств и при многих заболеваниях естественное употребление пищи невозможно. В этих случаях используют искусственное питание: энтеральное (через зонд или стому), парентеральное и комбинированное. Энтеральное (зондовое) питание осуществляется через зонд, заведенный в желудок или в тонкую кишку. У хирургических больных оно показано при: нарушении сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации; наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры); состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма); анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

- нарушениях переваривания и всасывания тонкой кишки;
- острым кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- неустранимой рвоте и диарее;
- динамической кишечной непроходимости;



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-61-

- парезе кишечника после хирургических вмешательств;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.


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

В тех случаях, когда невозможно провести зонд в желудок, например при опухоли пищевода, выполняют операцию гастростомии. В искусственно созданный свищевой ход вводят трубку, через которую осуществляют питание больного. Для этого используют жидкую питательную смесь (трубчатый стол). Питание через гастростому начинают на второй день после операции. В желудок одномоментно вводят с помощью шприца Жане или самотеком через воронку, соединенную с трубкой, по 100-150 мл смеси через каждые 2-3 часа. После каждого кормления трубку промывают водой и на нее накладывают зажим. Спустя 5-7 дней разрешается применять кашицеобразную пищу по 400-500 мл 4-5 раз в сутки. Для приготовления смеси рекомендуют те же пищевые субстраты, которые используются для питания через зонд.

В связи с тем, что между трубкой и стенкой свищевого хода существует зазор, который практически невозможно полностью герметизировать, наблюдается подтекание желудочного содержимого вдоль трубки, и кожа вокруг гастростомы подвергается мацерированию. Присоединение же инфекции чревато развитием в этом месте гнойного воспаления. Для его профилактики необходим тщательный уход за гастростомой. После каждого кормления в области стомы выполняют туалет кожи, протирая её ватным или марлевым тампоном, смоченным 0,1-0,5% раствором перманганата калия. Тщательно осушив кожу, на её поверхность наносят слой пасты Лассара и накладывают асептическую повязку.

При некоторых заболеваниях желудка (тотальное поражение опухолью, химический ожог) с целью кормления накладывают еюностому – тонкокишечный свищ. Через трубку в кишечник вводят питательные смеси, химический состав которых приближается к химусу здорового человека. Первоначально используют солевой раствор с добавлением глюкозы, которая стимулирует всасывание этих веществ. Спустя 3-4 дня в энтеральное питание добавляют белковые растворы (гидролизин, аминокептид) И, наконец, последним этапом приспособительной программы питания является подключение жировых эмульсий (липозин).

Уход за энтеростомой осуществляется аналогичным образом, как при гастростоме. Наибольшую опасность представляет несостоятельность швов, которыми фиксируют стенку желудка или кишки к париетальной брюшине. В этом случае происходит их отхождение от передней брюшной стенки и затекание желу-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-62-</p>
---	---	---	-------------

дочного или кишечного содержимого в полость живота с развитием перитонита.  
 Лечат такое осложнение только оперативно.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-63-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 2).**

**Количество часов – 2.**

**Основные разделы:**

1. Понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Целевая установка:**


1. Разобрать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Разобрать технику наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Разобрать особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Формируемые понятия:**

1. Знать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.
4. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
5. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
6. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
7. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
8. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

**Теоретическая часть**

В операционную больного доставляют, как правило, лёжа на каталке, которая находится в хирургическом отделении. Перед оперблоком пациента перекалдывают на каталку, которую за пределы операционной не вывозят. В тех случаях, когда это невозможно, колёса каталки из отделения протирают дезраствором и на ней подвозят больного непосредственно к столу. Если позволяет состояние боль-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-44-</p>
--	---	--	-------------

ного, он активен, в сознании, то пациент сам перебирается на стол. Для этого каталку ставят вплотную к операционному столу. Один человек остаётся возле и удерживает её в таком состоянии, а другой переходит на противоположную сторону стола и помогает больному перебраться. Когда укладывает больного на стол один человек, то он остаётся у каталки и следит за тем, чтобы она не отъехала, и больной не упал на пол.

В зависимости от вида операции и области её выполнения существуют особенности положения больного на операционном столе. Горизонтальное положение на спине применяется наиболее часто. Оно удобно для большинства операций на желудочно-кишечном тракте, грудной клетке, конечностях. Больного укладывают на операционный стол на плотный резиновый матрац, покрытый простыней; под голову кладут клеенчатую подушку. Больного обязательно фиксируют (привязывают). Обычно ноги выше колен фиксируют специальными ремнями или простыней. Одну руку привязывают, а другую оставляют свободной для контроля за пульсом. Фиксация необходима для того, чтобы воспрепятствовать неожиданным движениям больного и предотвратить его падение, особенно во время наркоза. Над изголовьем укрепляют дугу, которую закрывают стерильной простыней, чтобы отграничить дыхательные пути больного от операционной раны. При операциях на шее (трахеостомия, резекция щитовидной железы) больной лежит на спине. Под плечи ему подкладывают валик, благодаря чему голова запрокидывается. При операциях на желудке, поджелудочной железе, печени, желчных путях под поясницу подкладывают валик или выдвигают специальное приспособление, имеющееся в операционном столе. При удалении молочной железы больную слегка поворачивают на бок и отводят руку до прямого угла. Боковое положение больного требуется при ряде операций на органах грудной клетки. Руку больного фиксируют на специальной приставке. Верхний отдел туловища слегка приподнимают. В положении на боку производят операции на почках. В этих случаях под поясницу подкладывают валик, ногу, лежащую сверху, сгибают в коленном и тазобедренном суставах, а другую, прилежащую к столу, выпрямляют. Положение на животе применяется при операциях на позвоночнике, задней черепномозговой ямке, ягодицах. Голову больного укрепляют на специальной подставке или поворачивают в сторону. Положение с опущенным головным концом (положение Тренделенбурга) применяется при операциях на органах малого таза. В таком положении кишечник смещается в верхний отдел живота и не закрывает операционного поля. Наклон стола составляет до 45°, ножную секцию стола сгибают и к ней фиксируют ноги больного.

Промежностное (гинекологическое) положение придают больным при операциях на промежности, заднем проходе, влагалище. Больного укладывают так, что ягодицы его находятся на конце стола, ноги приподнимают, разводят и укладывают на специальные подставки. В зависимости от вида операции и числа членов операционной бригады их места могут меняться. Обычно при операциях на





Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся


-45-

органах брюшной полости хирург стоит справа от больного, первый ассистент с противоположной стороны, второй - слева от хирурга, третий - справа от первого. При операциях на органах грудной клетки при положении больного на боку хирург находится со стороны спины больного, положение ассистентов - такое же, как указано выше. В зависимости от характера оперативного вмешательства операционная бригада располагается так, чтобы было максимально удобно производить операцию. Операционная медицинская сестра вместе со своим столиком обычно находится со стороны ножного конца операционного стола на расстоянии, удобном для подачи хирургу инструментария. Анестезиологическая бригада находится в головном конце операционного стола. При любой хирургической операции больного привязывают (фиксируют) к столу специальными ляжками из кожи или сшитыми из материи. Руки обычно укладывают на специальную подставку или вдоль туловища и следят, чтобы край стола не давил на заднюю поверхность плеча, где проходит лучевой нерв и его ветви, сдавление которых приводит к параличу кисти и пальцев.

Перед операцией кожу в области предстоящего вмешательства обрабатывают антисептиком. Имеющийся на коже волосистой покров (даже пушкового типа) не позволяет выполнить обработку должным образом, поскольку на волосах и в потовых железах содержится большое количество грязи и микроорганизмов. В связи с этим область оперативного вмешательства бреют. Во время бритья удаляют волосы и поверхностный слой слущивающегося эпителия, который тоже содержит патогенные микробы. Обычно волосы сбривают в палате.

Иногда больного доставляют в оперблок в тяжёлом состоянии по экстренным показаниям, и брить его приходится в предоперационной. В операционной это делать запрещено. Во время операции нередко расширяют разрез, поэтому волосы сбривают, выходя за пределы зоны оперативного вмешательства. Например, перед операцией на органах живота волосы бреют на всей передней брюшной стенке, включая лобок. При операциях на желудке, печени и других органах верхнего этажа брюшной полости у мужчин необходимо сбривать волосы на грудной клетке до уровня сосков. При введении больного в наркоз может произойти попадание инородного тела (зуб, рвотные массы) в дыхательные пути, в результате развивается удушье (асфиксия) или аспирационная пневмония. Для предупреждения этого осложнения вынимают съёмные зубные протезы, выявляют шатающиеся зубы, и помнят о них при манипуляциях в полости рта ларингоскопом и интубационной трубкой. Наконец, необходимо соблюдать правило: лучше лишний раз опорожнить желудок с помощью зонда, чем подвергать больного опасности.

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности”          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-66-</p>
--	---	---	-------------

В течение всей операции наблюдают за больным и ведут карту анестезии, в которой каждые 5-10 минут фиксируют функциональное состояние жизненно важных органов и систем (пульс, артериальное давление и другие показатели), основные этапы операции и введения медикаментозных средств (в том числе анестетиков, миорелаксантов), а также все имевшиеся осложнения. Заполнение документации не должно отвлекать персонал и не быть во вред больному.

Организуя уход за больными хирургического профиля, необходимо иметь в виду, что любое оперативное вмешательство сопровождается развитием у них стресса, и большинство операций выполняют под общим обезболиванием. Оба обстоятельства требуют пристального внимания к больному в ближайшие часы после операции.


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

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

Главными задачами ведения больных в ближайшее время после операции являются:

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

В послеоперационном периоде может наблюдаться угнетение дыхания вследствие продолжающегося действия веществ, которые использовались при проведении наркоза (анестетики, наркотические анальгетики, миорелаксанты). Слабое диафрагмальное дыхание и парадоксальные движения грудной клетки являются показаниями для проведения искусственной вентиляции легких. Восстановление синхронных дыхательных движений груди и живота (диафрагмальное дыхание), а также достаточная сила мышц, когда больной может пожать руку,

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	<p>-47-</p>
--	---	--	-------------


приподнять голову и удержать её в таком положении в течение не менее 2 секунд свидетельствует о прекращении влияния лекарственных веществ.

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

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

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

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

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-48-</p>
--	---	--	-------------

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

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

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


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

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

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

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

При общем режиме уход за больными после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением гигиенических мероприятий. Тяжелым

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия Специальность 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности» Методические указания для обучающихся</p>	-69-
--	---	---	------

больным, находящимся на постельном режиме, нужна помощь по уходу за телом, бельем и в осуществлении физиологических отпавлений. В компетенции медицинского персонала находится создание для больного функционально выгодного положения, способствующего скорейшему выздоровлению и профилактике осложнений. Так, после операции на органах брюшной полости рекомендовано положение с поднятым головным концом и немного согнутыми коленями, что способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой для операционной раны, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

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

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

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

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

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

Для тех больных, которые страдают недержанием мочи, кала, при значительном отделяемом из ран нужно подкладывать клеенку на всю ширину кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху по-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-70-

стилают пеленку, производят ее смену по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Мокрое, загрязненное белье сразу меняют.

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


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

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

Смена простыни у тяжелого больного требует от персонала определенных навыков. В случае, если больному разрешается поворачиваться на бок, необходимо сначала осторожно приподнять его голову и убрать подушку, после чего нужно помочь больному повернуться на бок. На свободной половине кровати, находящейся со стороны спины больного, необходимо скатать грязную простынь, чтобы она в виде валика легла вдоль спины у больного. На освободившееся место кладут чистую, также наполовину скатанную простыню, которая в виде валика ложится рядом с валиком грязной простыни. После чего больному помогают лечь на спину, повернуться на другой бок, вследствие чего он остается лежащим на чистой простыне, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. После этого убирается грязную простыню и расправляется чистая.

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

Указанные способы смены простыни при всей ловкости ухаживающих причиняют много беспокойств больному, вследствие чего иногда бывает удобнее по-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-71-</p>
---	---	---	-------------

ложить больного на каталку и перестелить постель, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем.

При отсутствии каталки больного вдвоем перекадывают на край кровати, затем расправляют на освободившейся половине матрац и простыню, после чего перекадывают больного на убранную половину постели, то же самое проделывают с другой стороны.

При смене нательного белья у тяжелого больного медсестре нужно подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и аккуратно подвести ее к голове, затем поднимают обе руки больного и скатанную рубашку у шеи переводят через голову больного. После этого можно освободить руки больного. Одевание больного производится в обратном порядке: надевают рукава рубашки, затем перекидывают ее через голову, и расправляют под больным.

При появлении гнойных выделений, которые склеивают ресницы, глаза промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. При этом движения тампона производят в направлении от наружного края к носу. Для закапывания капель в глаз нужно пользоваться глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. При процедуре больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра, оттягивая нижнее веко и, не касаясь ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5 см, закапывает 2-3 капли в конъюнктивальную складку одного, а затем другого глаза.

Глазные мази нужно закладывать специальной стерильной стеклянной палочкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь, после чего мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

При наличии выделений из носа их нужно удалять ватными турундами, вводя их в носовые ходы легкими вращательными движениями. При формировании корочек необходимо предварительно закапать в носовые ходы по несколько капель глицерина, вазелинового или растительного масла, спустя несколько минут корочки удаляют ватными турундами. Серу, которая скапливается в наружном слуховом проходе, следует осторожно удалять ватным тампоном, предварительно закапав 2 капли 3% раствора перекиси водорода. Закапывая капли в ухо, голову больного нужно наклонить в противоположную сторону, а ушную раковину оттянуть назад и вверх. После закапывания капель больной остается в положении с наклоненной головой 1-2 минуты. Для удаления серы из ушей запрещено пользоваться жесткими предметами из-за опасности повреждения барабанной перепонки, ведущего к снижению слуха.

Из-за своего малоподвижного состояния тяжелые больные нуждаются в помощи для осуществления своих физиологических отправления. При необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме, подают судно, а при мочеиспускании - мочеприемник. Судно может быть резиновым или металлическим с эмалевым покрытием. Рези-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-72-

новое судно применяется при наличии пролежней, для ослабленных больных, при недержании кала и мочи. Не нужно туго надувать судно, иначе оно будет оказывать на крестец значительное давление. Подавая судно в кровать, следует подложить под него клеенку. Перед подачей судно ополаскивается горячей водой. Больной должен согнуть ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна, прикрывает больного одеялом и оставляет его одного. После дефекации судно извлекаются из-под больного, содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой, дезинфицируют 1% раствором хлорамина или хлорки в течение часа.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных нужно подмыть, так как иначе в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.


Подмывание проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором, температура которого 30-35° С. Для подмывания необходимо иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. При подмывании женщина лежит на спине, согнув ноги в коленях и немного разведя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно. В левую руку медсестра берет кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливает воду на наружные половые органы, в то же время корнцангом с зажатым в него ватным тампоном производят движения от половых органов к заднему проходу, т.е. сверху вниз. После чего сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию с области заднего прохода на наружные половые органы и в мочевого пузыря. Подмывание можно осуществлять из кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой, зажимом и влагалищным наконечником, направляя на промежность струю воды или слабого раствора перманганата калия. Значительно проще подмывать мужчин. Положение пациента на спине, ноги согнуты в коленях, под ягодицы подкладывается судно. Ватой в корнцанге насухо вытирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости.

Локальным результатом любой операции является рана, характеризующаяся тремя важнейшими признаками: зияние, боль, кровотечение.

Раневой процесс - механизм, направленный на заживление раны. Суть его заключается в удалении дефекта тканей и купировании симптомов раны. Этот процесс проходит в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса - воспаление - направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, инородных тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.п. Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для любого воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции.



	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-73-</p>
--	---	--	-------------

Постепенно эти симптомы стихают, и на смену первой приходит вторая фаза - регенерации, суть которой заключается в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых соединительнотканых элементов и краевой эпителизации.

Третья фаза раневого процесса - реорганизации рубца, характеризуется его укреплением.

Исход лечения при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной.

Основным мероприятием, направленным на предупреждение контактной инфекции, является стерилизация всех предметов, которые могут соприкасаться с поверхностью раны. Стерилизации подлежат инструменты, перевязочный материал, перчатки, белье, растворы и др.


Непосредственно в операционной после наложения швов на рану она обрабатывается раствором антисептика (йод, йодонат, йодопирон, бриллиантовый зеленый, спирт) и закрывается стерильной повязкой, которая плотно и надежно фиксируется путем бинтования или с помощью клея, лейкопластыря. Если в послеоперационном периоде повязка сбилась или промокла кровью, нужно немедленно поставить в известность лечащего или дежурного врача, который после осмотра дает указание сменить повязку.

Одной из особенностью ведения больных в хирургическом отделении заключается в необходимости борьбы с болевым синдромом. Интенсивность болей зависит от пола пациента, возраста, от характера раны, ее размера и локализации. Больные различно воспринимают боль и индивидуально реагируют на нее. Интенсивная боль может быть пусковым моментом в развитии болевого шока.

Местное воздействие холода оказывает анальгезирующий эффект. В течение первых 12 часов после операции на область раны кладут пузырь со льдом. Известно, что холод вызывает сокращение сосудов кожи и подлежащих тканей, что способствует тромбообразованию и предупреждает развитие гематомы в ране.

При наполнении пузыря водой необходимо, прежде, чем завинтить крышку, из пузыря, вытеснить воздух. Затем пузырь помещают в морозильную камеру до полного замораживания. Под пузырь следует подложить полотенце или салфетку. Укладывать пузырь со льдом непосредственно на кожу нельзя. Для уменьшения боли очень важно после операции придать пораженному органу или участку тела правильное положение, при котором добиваются максимального расслабления окружающих мышц и функционального комфорта для органов.

Для облегчения болевого синдрома после операций на органах брюшной полости необходимо создать положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями. Эта мера способствует созданию благоприятных условий для дыхания и кровообращения, обеспечивает расслабление мышц брюшной

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-74-</p>
--	---	---	-------------

стенки, обеспечивает покой операционной ране, снижает болевой синдром и препятствует развитию некоторых осложнений.

После операций на руках и ногах оперированные конечности должны находиться в среднефизиологическом положении. Это положение обеспечивает уравновешивание действий мышц-антагонистов. Среднефизиологическим положением для верхней конечности является отведение плеча до угла  $60^\circ$  и сгибание до  $30-35^\circ$  при этом угол между предплечьем и плечом должен составлять  $110^\circ$ . Оптимальным положением для нижней конечности является сгибание в коленном и тазобедренном суставах до угла  $140^\circ$ , а стопа должна находиться под углом  $90^\circ$  к голени. Имобилизацию осуществляют в с помощью шин, лонгет или фиксирующей повязки.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-75-

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по дисциплине Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности

для студентов педиатрического факультета по теме:

**Основы общего ухода за больными хирургического профиля. (Техника наложения повязок, постановки инъекций, клизм, промывания желудка). Особенности ухода за пациентами, оперированными на органах брюшной полости и грудной клетки. (часть 3).**

**Количество часов – 2.**

**Основные разделы:**

1. Понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Целевая установка:**


1. Разобрать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Разобрать технику наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Разобрать особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.

**Формируемые понятия:**

1. Знать понятие уход за больным хирургического профиля
2. Техника наложения повязок, инъекций, выполнения клизм, промывания желудка.
3. Особенности ухода за пациентами, оперированными на грудной клетке и брюшной полости.
4. Уметь оказать первую помощь при утоплении, удушении.
5. Уметь оказать первую помощь при аспирации инородного тела.
6. Уметь оказать первую помощь при укусах насекомых и животных.
7. Уметь оказать помощь при ранениях, кровотечении.
8. Уметь проводить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными.

**Теоретическая часть**

У большинства пациентов, которым производятся операции на сердце, легком, вследствие болезни уже при поступлении имеются явления дыхательной и сердечной недостаточности, которые утяжеляются операционной травмой. Больные, оперированные на органах плевральной полости, в первые часы и дни после

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-76-</p>
--	---	--	-------------

хирургического вмешательства нуждаются в постоянном контроле их общего состояния и функций жизненно важных органов.

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

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

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

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

Немедленно осуществляют основные мероприятия, направленные на дальнейшую нормализацию дыхания, гемодинамики и нервнорегуляторных процессов. Прежде всего, обеспечивают профилактику кислородного голодания. Во время оперативного вмешательства в условиях управляемого дыхания больной получал кислород в количестве превышающем потребности организма. Если сразу же перевести его на спонтанное дыхание, почти неминуемо возникнут явления гипоксии. Поэтому важной задачей после поступления больного в послеоперационную палату является бесперебойная подача кислорода.

Пневмоторакс – скопление воздуха в плевральной полости. Причиной может быть повреждение легкого, трахеи, бронхов или грудной стенки, либо сочета-



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации


Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научной-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся

-77-

ние этих повреждений. При проникающих ранах грудной стенки плевральная полость сообщается с атмосферой; происходит засасывание воздуха в плевральную полость; исчезновение отрицательного давления в плевральной полости делает дыхательные движения неэффективными (открытый пневмоторакс). Если во время вдоха воздух поступает в плевральную полость, а во время выдоха мягкие ткани грудной стенки или паренхима легкого перекрывают раневой канал и препятствуют выходу воздуха наружу, то пневмоторакс называется клапанным. В этом случае объем воздуха и давление в плевральной полости постепенно нарастают и возникает напряженный пневмоторакс. Основные патофизиологические последствия открытого пневмоторакса – гиповентиляция и перемещение воздуха из здорового легкого в спавшееся во время выдоха и обратно во время вдоха. При напряженном пневмотораксе кроме этого сдавливаются вены средостения, снижается венозный возврат и нарушается вентиляция здорового легкого. Дисфункция миокарда, обусловленная кислородным голоданием, усугубляет нарушения гемодинамики. Признаки напряженного пневмоторакса: подкожная эмфизема; громкий тимпанический звук на стороне пораженного легкого при перкуссии; смещение трахеи в сторону здорового легкого; ослабление дыхательных шумов; нестабильность гемодинамики.

Данные рентгенографии: легочное поле повышенной прозрачности, граница спавшегося легкого пересекает тени ребер; уплощение или прогиб вниз купола диафрагмы; смещение средостения в сторону здорового легкого. Дренаж устанавливают во II межреберье по среднеключичной линии или в V межреберье по средней подмышечной линии. До установки дренажа можно провести экстренную плевральную пункцию. Отсосав воздух, иглу или катетер оставляют открытыми. Пальцевое исследование подкожного канала и плевральной полости облегчает правильную установку дренажа. Конец его должен быть направлен к верхушке легкого. Наружный конец дренажа подключают к трехбаночной дренажной системе; отрицательное давление должно быть равным 15-20 см. вод. ст. Это также достигается дренированием полости плевры в конце операции и созданием в ней при помощи различных вакуумных аппаратов определенной степени разряжения. При применении пассивного клапанного дренажа по Бюлау на наружный конец дренажной трубки, введенной в плевральную полость, укрепляют палец от резиновой перчатки с разрезом и опускают трубку в бутылку емкостью 500 мл с антисептической жидкостью. Важно следить, чтобы клапан постоянно находился погруженным в жидкость, иначе нарушается герметичность системы и происходит ателектаз легкого.

Применяют и активное расправление легкого аппаратами, создающими отрицательное давление в плевральной полости от 10 до 40 мм. рт. ст. Степень разряжения регулируется в зависимости от тяжести операции, а контроль за расправлением легкого осуществляется путем аускультации и на основании рентгеноло-

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа « Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-78-</p>
--	---	---	-------------

гических данных. Количество и характер извлекаемого из плевральной полости содержимого тщательно фиксируется в карте наблюдения и оценивается врачом.

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

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Каковы особенности ухода за больными в отделении торакальной хирургии?
2. Как ухаживать за дренажом по Бюлау?
3. Что входит в понятие личной и клинической гигиены медицинского персонала?
4. Основные принципы предупреждения внутрибольничной инфекции.
5. Бациллоносительство и его значение.
6. Роль среднего и младшего медперсонала в профилактике внутрибольничной инфекции.
7. Гигиенические условия работы в операционной и перевязочной.
8. Понятие о медицинской деонтологии.
9. Основные положения медицинской деонтологии.
10. Особенности профессиональной одежды сотрудников хирургической клиники.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия  
Специальность 31.05.02 Педиатрия  
(уровень специалитета)  
Рабочая программа «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности»  
Методические указания для обучающихся


-79-

### Основная литература

1. Запруднов А. М. Общий уход за детьми [Текст] : учеб. пособие для обучающихся по спец. 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Общий уход за детьми" / Запруднов А. М., Григорьев К. И. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 416 с. : ил.
2. Запруднов А. М. Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Запруднов А. М., Григорьев К. И. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 416 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
3. Алексеев Ю. В. Научно-исследовательские работы (курсовые, дипломные, диссертации): общая методология, методика подготовки и оформления [Электронный ресурс] : учебное пособие / Алексеев Ю. В., Казачинский В. П., Никитина Н. С. - М. : Изд-во АСВ, 2015. - 120 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

### Дополнительная литература

1. Михин И. В. Уход за хирургическими больными [Текст] : учеб. пособие для спец.: 060101 - Леч. дело, 060103 - Педиатрия, 060201 - Стоматология, 060105 - Мед.-профил. дело / Михин И.В., Косивцов О.А. ; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. - 96 с. : ил.
2. Морозова Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи [Текст] : практикум для мед. уч-щ и колледжей : учеб. пособие / Морозова Г.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 236 с.
3. Морозова Г. И. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи : практикум для мед. уч-щ и колледжей [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
4. Мухина С. А. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С.А., Тарновская И.И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 368 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
5. Мухина С. А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" [Электронный ресурс] / Мухина С.А., Тарновская И.И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 512 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Найман Е. Л. Уход за больными в хирургическом стационаре [Текст] : [учеб. пособие] / Найман Е.Л., Андреев Д.А. - 4-е специализир. изд., доп. и перераб. – Волгоград : [Городские вести], 2012. - 189, [1] с. : ил.
7. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела [Текст]. Ч. 1 : Теория сестринского дела. Ч. 2. Практика сестринского дела : учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования, обучающихся в мед. училищах и колледжах / Обуховец Т. П., Чернова О. В., Кабарухин Б. В. ; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. - Изд. 18-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2012. - 766, [2] с. : ил. – (Медицина для вас).
8. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Широкова Н.В. [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
9. Сединкина Р. Г. Сестринское дело в терапии. Раздел "Кардиология" [Текст] : учеб. пособие для мед. уч-щ и колледжей / Сединкина Р. Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 266 с.
10. Стецюк В. Г. Сестринское дело в хирургии [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Стецюк В.Г. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
11. Туркина Н.В. Общий уход за больными [Текст] : учебник для студ. мед. вузов / Туркина Н.В., Филенко А.Б. ; Минздравсоцразвития РФ. - М. : Товарищество науч. изд. КМК, 2007. - 550 с. : цв. ил.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	<p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия          Специальность 31.05.02 Педиатрия          (уровень специалитета)          Рабочая программа “ Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности”          Методические указания для обучающихся</p>	<p>-80-</p>
---	---	---	-------------

12. Хожемпо В. В. Азбука научно-исследовательской работы студента [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хожемпо В. В., Тарасов К. С., Пухляк М. Е. – Изд. 2-е, испр. и доп. - М. : РУДН, 2010. – 107 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
13. Сапаров В. Е. Дипломный проект от А до Я [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Сапаров В. Е. - М. : СОЛОН-Пресс, 2009. - 224 с. : ил. - (Библиотека студента). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>