

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	9
Глава 1. Введение: понятие «хирургия» и основные виды хирургической патологии	10
1.1. Этапы развития и становления хирургии. Организация хирургической службы	10
1.2. История зарубежной хирургии	10
1.3. История отечественной хирургии	13
1.4. Принципы организации хирургической службы в России	15
1.5. Хирургическая деятельность медицинской сестры	18
Глава 2. Профилактика хирургической внутрибольничной инфекции (асептика и антисептика)	25
2.1. Асептика	25
2.2. Антисептика	49
2.3. Внутрибольничная инфекция, профилактика	57
Контрольные вопросы	62
Тесты	63
Ситуационные задачи	65
Глава 3. Десмургия	66
3.1. Классификация повязок	66
3.2. Мягкие повязки	68
3.3. Жесткие повязки	89
3.4. Транспортные и лечебные шины	100
Контрольные вопросы	108
Тесты	108
Ситуационные задачи	109
Глава 4. Гемостаз	111
4.1. Классификация кровотечений	111
4.2. Местные клинические признаки кровотечения	114
4.3. Клинические признаки острой кровопотери	115
4.4. Осложнения кровотечения, их профилактика	118
4.5. Решение проблем пациента при кровотечении	120
4.6. Манипуляции на сосудах	130
Контрольные вопросы	131
Тесты	131
Ситуационные задачи	133

Глава 5. Инфузии и основы трансфузиологии	135
5.1. Основные средства трансфузионного лечения	135
5.2. Система АВ0 и резус-фактор	138
5.3. Принципы переливания крови и ее компонентов	141
5.4. Реакции и осложнения при переливании крови (ее компонентов) и их профилактика	144
5.5. Компоненты и препараты крови. Кровезаменители	145
5.6. Обязанности медицинской сестры при проведении инфузионной терапии	148
Контрольные вопросы	149
Тесты	150
Ситуационные задачи	152
Глава 6. Оперативная хирургическая техника	153
6.1. Группы хирургических инструментов	153
6.2. Наборы хирургических инструментов	159
6.3. Хирургическая техника	160
Глава 7. Анестезия	163
7.1. Общая анестезия (наркоз)	163
7.2. Местная анестезия	168
7.3. Особенности анестезии в акушерстве и гинекологии	174
7.4. Столик медицинской сестры-анестезиста, правила выполнения манипуляций	177
Контрольные вопросы	178
Тесты	179
Ситуационные задачи	180
Глава 8. Местная хирургическая патология (раны) и ее лечение	181
8.1. Классификация ран	181
8.2. Клиническая картина	184
8.3. Лечение	186
Глава 9. Закрытые повреждения: ушибы, вывихи, переломы.	
Синдром длительного сдавления. Травматический шок	189
9.1. Общая характеристика травм	190
9.2. Травматический шок	191
9.3. Обморок	194
9.4. Коллапс	194
9.5. Закрытые травмы	195

Глава 10. Термическая травма: ожоги и отморожения.	
Электротравма	204
10.1. Ожоги	204
10.2. Отморожение	211
10.3. Общее переохлаждение (замерзание)	214
10.4. Электротравма	215
Контрольные вопросы	217
Тесты	218
Ситуационные задачи	219
Глава 11. Подготовка пациентов к операции (предоперационный период)	222
11.1. Виды операций	222
11.2. Предоперационный период	225
Глава 12. Ведение пациентов в послеоперационном периоде	230
12.1. Неосложненное течение послеоперационного периода	231
12.2. Осложнения послеоперационного периода	233
Контрольные вопросы	237
Тесты	237
Ситуационные задачи	238
Глава 13. Острая аэробная хирургическая инфекция	240
13.1. Классификация хирургической инфекции	240
13.2. Неспецифическая хирургическая инфекция	243
Глава 14. Анаэробная хирургическая инфекция	269
14.1. Общая характеристика анаэробных бактерий	269
14.2. Клостридиальная анаэробная инфекция	270
14.3. Неклостридиальная анаэробная (гнилостная) инфекция	273
14.4. Острая специфическая инфекция: столбняк	274
14.5. Общее и местное лечение хирургической инфекции	277
14.6. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с хирургической инфекцией	279
14.7. Санитарно-эпидемиологический режим при обнаружении анаэробной инфекции	281
Контрольные вопросы	284
Тесты	285
Ситуационные задачи	287

Глава 15. Черепно-мозговые травмы, травмы органов шеи	290
15.1. Закрытая черепно-мозговая травма	290
15.2. Открытая черепно-мозговая травма	292
15.3. Травмы органов шеи	293
Глава 16. Травмы грудной клетки	295
16.1. Закрытые травмы грудной клетки	295
16.2. Открытые травмы грудной клетки	300
Глава 17. Травмы позвоночника, спинного мозга и таза	304
17.1. Переломы позвоночника	304
17.2. Переломы костей таза	306
Контрольные вопросы	310
Тесты	311
Ситуационные задачи	312
Глава 18. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной полости	314
18.1. Методы исследования органов брюшной полости	314
18.2. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости	316
Контрольные вопросы	337
Тесты	338
Ситуационные задачи	340
18.3. Травмы органов брюшной полости	342
Контрольные вопросы	345
Тесты	345
Ситуационные задачи	346
Глава 19. Хирургические заболевания и травмы мочеполовых органов	350
19.1. История развития урологии	350
19.2. Методы обследования урологического больного	351
19.3. Хирургические заболевания мочеполовых органов	358
19.4. Травмы мочеполовых органов	374
Контрольные вопросы	377
Тесты	377
Ситуационные задачи	378
Глава 20. Заболевания и повреждения прямой кишки	381
20.1. Методы исследования прямой кишки	381
20.2. Травмы прямой кишки и заднего прохода	384

20.3. Геморрой	385
20.4. Трещина заднего прохода	388
20.5. Выпадение прямой кишки	389
20.6. Острый парапроктит	390
20.7. Хронический парапроктит	391
20.8. Рак прямой кишки	392
20.9. Полипы прямой кишки	393
20.10. Проктит	393
20.11. Подготовка пациента к специальным исследованиям.	394
20.12. Особенности предоперационного и послеоперационного ухода за пациентами с заболеваниями прямой кишки	396
Контрольные вопросы	397
Тесты	398
Ситуационные задачи	399
Глава 21. Синдром нарушения кровообращения	401
21.1. Общее и местное нарушение кровообращения	401
21.2. Методы обследования пациента с заболеваниями сосудов	402
21.3. Острая артериальная недостаточность	405
21.4. Хроническая артериальная недостаточность	407
21.5. Варикозная болезнь	409
21.6. Посттромбофлебитическая болезнь	413
21.7. Трофические нарушения тканей	414
21.8. Уход за пациентами с заболеваниями периферических артерий, вен и трофическими нарушениями тканей	417
Контрольные вопросы	418
Тесты	418
Ситуационные задачи	420
Глава 22. Синдром новообразования	422
22.1. Факторы, способствующие развитию опухоли	422
22.2. Классификация опухолей	425
22.3. Международная классификация злокачественных опухолей по системе TNM.	429
22.4. Предопухолевые состояния	430
22.5. Общие принципы диагностики опухолей	430
22.6. Основные методы лечения онкологических больных	434
22.7. Особенности ухода за онкологическими больными	437

22.8. Профилактика опухолей	438
22.9. Предраковые заболевания молочной железы	441
22.10. Методика исследования молочных желез	443
22.11. Рак молочной железы	444
22.12. Рак молочной железы и беременность	450
22.13. Организация онкологической помощи в России	451
Контрольные вопросы	452
Тесты	452
Ситуационные задачи	454
Эталоны ответов на тесты и ситуационные задачи	456
Список литературы	478
Предметный указатель	480



ВВЕДЕНИЕ: ПОНЯТИЕ «ХИРУРГИЯ» И ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

1.1. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ХИРУРГИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Хирургия (от греч. *cheir* — рука, *ergon* — работа) — одна из ведущих специальностей медицины, изучающая заболевания, основной метод лечения которых — операция; разрабатывающая приемы, методы и технику их выполнения. Хирургия — древнейшая медицинская специальность наряду с терапией и акушерством.

Основные виды хирургической патологии. Хирургические заболевания разделяют на следующие группы:

- пороки развития и уродства;
- повреждения (травмы);
- хирургическая инфекция;
- опухоли;
- смежные заболевания. Пациентов с этими заболеваниями лечат как терапевты, так и хирурги в зависимости от стадии болезни и/или наличия осложнений. Например, пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лечат терапевты, а с ее осложнениями (перфорацией, гастродуоденальным кровотечением, стенозом привратника) — хирурги.

1.2. ИСТОРИЯ ЗАРУБЕЖНОЙ ХИРУРГИИ

История хирургии насчитывает не одно тысячелетие. Археологи при раскопках обнаруживали черепа людей с трепанационными, то есть искусственно созданными, отверстиями. Древние египтяне умели ампутировать конечности, при переломах костей накладывали шины и другие повязки. В Индии применяли хирургические иглы, разработали технику

сшивания тканей, выполняли пластические операции для восстановления носа. Высокой степени развития хирургия достигла в Древней Греции и Древнем Риме. Величайший древнегреческий врач Гиппократ (460—377 г. до н.э.) заложил основы научной медицины и хирургии, описал особенности заживления гнойных ран, применял лигатуры для остановки кровотечения, разработал методы вправления вывихов. При лечении переломов он использовал шины, вытяжение, массаж, гимнастику; его хирургическая техника была на высоком профессиональном уровне. Гиппократ создал первый кодекс медицинской этики — «Клятву Гиппократа», — который и сейчас лежит в основе присяги врача.

Древнеримский врач Авл Корнелий Цельс (25 до н.э. — 50 н.э.) оставил большое количество научных работ, посвященных хирургии. Он описал операции, которые актуальны и в наше время: удаление катаракты, камней из мочевого пузыря, трепанацию черепа. Гален (130—210), врач и ученый, чье наследие господствовало в медицине на протяжении 13 веков, описал многие хирургические приемы, не потерявшие своего значения и поныне: остановку кровотечения закручиванием сосуда, наложение швов шелковой нитью, операции при заячьей губе.

В Средние века (VIII—XIV) высокий уровень развития хирургии сохранился в Бухаре и Византии. В этот период в Бухаре работал выдающийся врач Абу Али Ибн Сина (Авиценна) (980—1037). Написанная им энциклопедия теоретической и клинической медицины «Канон врачебной науки» — обязательное руководство для врачей в течение многих веков. При операциях Авиценна применял обезболивание, давая больным опий, белену, мандрагору. Его методы лечения больных злокачественными опухолями по своей сути сохранены до настоящего времени. Авиценна описал лечение ран, ожогов, сшивание нервов, трахеотомию и т.д.

В эпоху Возрождения (XVI в.) начался значительный прогресс науки. Труды Андреаса Везалия и Уильяма Гарвея по анатомии и физиологии внесли большой вклад в развитие медицины и хирургии. Наиболее видный хирург того времени — француз Амбруаз Паре (1517—1590). Он доказал, что огнестрельные раны — особый вид ушибленных ран, а не отравленных ядами, как думали в то время. А. Паре разработал и усовершенствовал ряд операций, в том числе технику ампутации, отказался от заливания ран для остановки кровотечения кипящим маслом, вновь предложил лигировать крупные сосуды.

В 1731 г. была основана Французская хирургическая академия. В Англии, Франции и других странах стали открываться школы подготовки хирургов и госпитали для лечения хирургических больных.

В 1750 г. король Франции издал указ, по которому хирурги получили одинаковые права с «внутренними» врачами (то есть терапевтами).

В 1846 г. химик Ч.Т. Джексон (1805–1880) и зубной врач У. Мортон (1819–1868) в Бостоне (США) продемонстрировали, что вдыхание паров эфира диэтилового выключает сознание и вызывает потерю болевой чувствительности. После этого хирурги многих стран, в том числе и Н.И. Пирогов, стали оперировать под эфирным наркозом.

Большинство больных умирали от гнойного воспаления ран из-за злейшего врага хирургии — внутрибольничной инфекции. Для борьбы с ней английский хирург Дж. Листер (1827–1912) предложил применять карболовую кислоту, которую распыляли в воздухе операционной комнаты, ею же обрабатывали руки хирурги перед операцией и операционное поле. На швы и операционную рану накладывали повязки, пропитанные карболовой кислотой. Этот метод борьбы с микроорганизмами, попавшими в рану, назвали антисептикой.

Немецкий хирург Эрнст Бергман (1837–1907) предложил асептический метод предупреждения попадания микроорганизмов в рану. В его основу положен принцип стерилизации перевязочного материала и хирургических инструментов паром при высокой температуре; рекомендована особая форма организации самой операции и содержания операционного блока.

Немецкий хирург Ф.А. Эсмарх (1823–1908) предложил использовать для остановки артериального кровотечения жгут. Он впервые применил эластичный бинт, наркозную маску.

Важное достижение, способствовавшее развитию хирургии, — открытие в 1901 г. К. Ландштейнером (1868–1943) I, II, III группы крови и в 1907 г. чешским врачом Я. Янским IV группы крови.

Обезболивание, антисептические и асептические методы борьбы с инфекцией, переливание крови больным с учетом групповой принадлежности в конце XIX — начале XX в. позволили разработать методики операций на желудке, кишечнике, печени, желчных путях, почках. Прошлый век охарактеризовался успешной разработкой и широким внедрением в хирургическую практику операций на пищеводе, легких и сердце, на опорно-двигательном аппарате и других органах; были разработаны методы пересадки органов и тканей: почек, сердца, печени, легких.

В XXI в. продолжают совершенствоваться эндоскопическая хирургия, трансплантология, кардиохирургия, сосудистая хирургия и микрохирургия, детская хирургия и прочее, внедряются в практику новые методы диагностики, лечения и реабилитации. Компьютерная томо-

графия (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), микроскопия, сцинтиграфия позволяют выявлять даже незначительные изменения в организме и выполнять точную предоперационную диагностику.

1.3. ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ХИРУРГИИ

Историю хирургии в России можно разделить на два периода — до и после Н.И. Пирогова. До XVII в. находят лишь единичные упоминания о тампонаде ран при кровотечениях, вскрытии гнояников, прижиганиях. Начало становления хирургии в самостоятельную отрасль медицины — 1654 г., когда царь Алексей Михайлович издал указ об открытии школ костоправов. В 1704 г. в Санкт-Петербурге построен первый в мире завод хирургических инструментов. В 1706 г. царь Петр I издал указ о строительстве в Москве первого госпиталя и открытии при нем первой медико-хирургической школы. В 1716 г. по указу Петра I в Санкт-Петербурге открыт Военный госпиталь, в 1719 г. — Адмиралтейский госпиталь, ставшие школами по обучению хирургии русских врачей. В 1733 г. госпитальные школы открыты в двух петербургских госпиталях и при Адмиралтейском госпитале в Кронштадте. В 1755 г. в Москве открыт первый русский университет с медицинским факультетом и клиниками. В 1786 г. госпитальные школы преобразованы в медико-хирургические училища. В 1798 г. в Санкт-Петербурге и Москве для подготовки военных врачей и хирургов основаны медико-хирургические академии. В развитие отечественной хирургии огромный вклад внесли блестящие педагоги и хирурги П.Д. Погорельский, К.И. Щепин, П.А. Загорский, И.Ф. Буш, И.В. Буяльский.

Корифей отечественной и зарубежной хирургии — Н.И. Пирогов (1810—1881), великий хирург и анатом, педагог и общественный деятель, основоположник военно-полевой хирургии и анатомо-экспериментального направления в хирургии. После окончания Московского университета он избран профессором Дерптского университета (Эстония), в 1841 г. возглавил впервые организованную кафедру госпитальной хирургии в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии и одновременно — главный врач хирургического отделения Второго военно-сухопутного госпиталя.

С 1846 г. Н.И. Пирогов — член-корреспондент Санкт-Петербургской академии наук, директор Института практической анатомии, академик Медико-хирургической академии. Важное направление его деятельности — труд «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» (1837). В 1852 г. издан его атлас топографической анатомии

в 4 томах, без которого теперь немислима подготовка квалифицированного хирурга. Н.И. Пирогов разработал многие операции, в том числе и костно-пластические, не потерявшие своего значения и в настоящее время.

Н.И. Пирогов — виртуозный хирург. Он удалял молочную железу или камень мочевого пузыря за 1,5–3 мин. Такая скорость в то время обусловлена отсутствием обезболивания. После открытия свойств эфира Н.И. Пирогов провел опыты на животных, на себе и в декабре 1846 г. выполнил операцию уже с применением эфирного наркоза. Во время Кавказской войны в 1847 г. он впервые в мире использовал эфирный наркоз в военно-полевых условиях. Впервые в России Н.И. Пирогов предложил применять гипсовые повязки для лечения переломов.

Для профилактики гнойного воспаления ран в качестве обеззараживающих веществ Н.И. Пирогов применял йод, серебра нитрат и спирт. Еще до Дж. Листера он утверждал, что заражение ран происходит через руки хирурга, белье, перевязочный материал. Н.И. Пирогов указывал, что причина нагноения ран — «миазмы», о которых упоминал еще Гиппократ, и требовал хорошо проветривать помещения для больных, от врачей — следить за чистотой рук, инструментов. Он впервые отделил гнойных больных от чистых.

Будучи участником войн в Крыму и на Кавказе, Н.И. Пирогов разработал принципы военно-полевой хирургии: сортировку раненых, создание пунктов первой помощи, резервных госпиталей, эвакуацию раненых в тыловые условия. Во время осады Севастополя он впервые привлек к помощи раненым сестер милосердия. Итог его работы — опубликование в 1864–1865 гг. классического руководства «Начала общей военно-полевой хирургии». Заслуги Н.И. Пирогова в развитии военно-полевой хирургии огромны.

Из всех учеников Н.И. Пирогова особая роль принадлежит Н.В. Склифосовскому (1836–1904). Он разработал операции при раке языка, зобе, мозговых грыжах, много сделал для развития асептики и антисептики. Научно-исследовательский институт скорой помощи в Москве носит его имя.

Основатель школы московских хирургов А.А. Бобров (1850–1904) написал учебники по хирургии и топографической анатомии, разработал многие операции.

В послепироговский период появляются хирургические школы не только в Санкт-Петербурге, но и на периферии. В них преподавали замечательные хирурги: П.И. Тихонов, Э.Г. Салищев, П.В. Кузнецкий, А.Т. Богаевский, В.В. Успенский и др.

Академик С.И. Спасокукоцкий (1870–1943) обогатил хирургию фундаментальными исследованиями по хирургии гнойных заболеваний легких и плевры. Предложенный им метод обработки рук хирурга перед операцией не потерял своего значения и в настоящее время.

Выдающийся хирург Н.Н. Бурденко (1878–1946), один из основоположников отечественной нейрохирургии, стал академиком АН СССР в 1939 г. и АМН в 1944 г., первым президентом АМН (1944–1946). В 1943 г. ему присвоено звание Героя Социалистического Труда. Во время Великой Отечественной войны он назначен главным хирургом Советской армии. Н.Н. Бурденко основал в Москве НИИ нейрохирургии, который носит его имя.

Хирург академик АМН А.В. Вишневский (1874–1948) разработал методы местной анестезии, лечения пациентов с воспалительными и гнойными заболеваниями новокаиновой блокадой и масляно-бальзамической повязкой [мазью Вишневского — Линимент бальзамический (по Вишневскому*)]. Основанный в Москве НИИ хирургии АМН носит его имя.

Хирург А.Н. Бакулев (1890–1967), один из основоположников сердечно-сосудистой хирургии, организовал Институт сердечно-сосудистой хирургии (ныне им. А.Н. Бакулева) и был его первым директором. А.Н. Бакулев написал труды по хирургии легких, лечению огнестрельных ранений.

Современная хирургия переживает бурное развитие. Особенно впечатляют успехи трансплантологии, восстановительной хирургии и микрохирургии. В этом направлении многого добился В.И. Шумаков (1931–2008) — хирург, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН и РАМН.

1.4. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 922н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „хирургия”» медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно;
- в дневном стационаре;
- стационарно.

Особенность организации хирургической помощи в России — ее максимальная приближенность к населению. В сельской местности созданы фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), на крупных

предприятиях — здравпункты. В этих медицинских пунктах работают фельдшеры, акушерки, медицинские сестры и санитарки. В их задачу входит оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями, травмами.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-хирургом.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию (МО), оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия».

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет пациентов с угрожающими жизни состояниями в МО, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация» и «хирургия».

При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний пациентов переводят в хирургическое отделение МО для оказания специализированной медицинской помощи.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-хирургами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью пациента.

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных МО, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения и т.д.

В городских, областных и республиканских больницах специализированную хирургическую помощь оказывают в торакальном, травматологическом, урологическом отделениях. Помимо специализированных хирургических отделений, в крупных городах находятся НИИ онкологии, травматологии и ортопедии, оснащенные специальным оборудованием и укомплектованные высококвалифицированными специалистами и научными работниками. Такие институты обслуживают население республики или нескольких областей. Специализированные НИИ в Москве — хирургии им. А.В. Вишневского, травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина и др.; в Санкт-Петербурге — НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, скорой помощи им. Ю.Ю. Джанелидзе и др.

Пациенты с острыми хирургическими заболеваниями нуждаются в неотложной хирургической помощи. Для этих больных в крупных стационарах существуют **отделения неотложной хирургии**, в которые их обычно доставляет скорая медицинская помощь; имеется график дежурств больницы. Отделения неотложной хирургии постоянно готовы принять максимальное число пациентов, поступающих экстренно. Для этого необходимы свободные койки, чистое постельное белье, дежурная бригада опытных хирургов, анестезиологов, медицинских сестер-анестезистов, медицинских сестер отделения и обслуживающий персонал. Вся техника должна быть исправна: лифты, каталки, кресла-каталки и др.

Экстренная операционная в составе операционно-перевязочного блока отделения неотложной хирургии работает круглосуточно, принимая пациентов и пострадавших в порядке скорой и неотложной помощи.

Отделение плановой хирургии (плановая операционная) обычно работает днем. Накануне составляют план операционного дня, который подписывает заведующий отделением и утверждает начальник медицинской части лечебного учреждения. Сразу после этого собирают необходимые инструменты и другое оборудование, которые используют при операциях, проводимых на следующий день.

В хирургических отделениях пациентов с гнойно-септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями изолируют в отдельные палаты (секции) или переводят в отделение гнойной хирургии.

В операционном блоке строго разделяют операционные для чистых и гнойных операций. При отсутствии условий для этого операции по поводу гнойных заболеваний выполняют в специально выделенные дни или после чистых операций с тщательной последующей дезинфекцией операционного блока и всего оборудования.

Строго разделяют перевязочные кабинеты для перевязок чистых и гнойных ран. При наличии одной перевязочной гнойные раны обрабатывают после чистых манипуляций с тщательной последующей обработкой помещения и всего оборудования дезинфицирующими растворами.

1.5. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

РАБОТА В ПОЛИКЛИНИКЕ

В поликлинике хирургическая медицинская сестра свою работу выполняет в хирургическом кабинете под руководством хирурга. Хирургическая помощь оказывается пациентам, которые не нуждаются в стационарном лечении, а также пациентам, которые выписаны из стационара на амбулаторное долечивание с целью реабилитации. После амбулаторного обследования при наличии показаний пациент может быть направлен на стационарное лечение.

В начале рабочего дня перед приемом пациентов медицинская сестра:

- подготавливает рабочие места врача-хирурга и медицинской сестры, документацию, проверяет исправность аппаратуры;
- получает из ЦСО стерильный материал;
- накрывает стерильный столик для перевязок и операций;
- из регистратуры приносит амбулаторные карты, записавшихся на прием пациентов;
- принимает самое активное участие при приеме пациентов хирургом;
- помогает хирургу при выполнении операций и наложении повязок;
- после приема пациентов, выполнения операций медицинская сестра приводит в порядок операционную (перевязочную), моет, сушит хирургический инструментарий;
- выписывает требование на медикаменты и перевязочный материал и получает их у главной медицинской сестры поликлиники;
- под контролем хирурга оформляет направления пациентов на консультацию к другим специалистам поликлиники, статистические талоны, листы нетрудоспособности, направления на контрольно-экспертную комиссию (КЭК), журналы записи амбулаторных операций, ежедневные статистические отчеты;

- участвует в проведении санитарно-просветительной работы;
- систематически повышает свою квалификацию путем изучения соответствующей литературы, участия в конференциях, семинарах, выставках медицинского оборудования.

РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

- Палатная медицинская сестра хирургического отделения обязана:
- поддерживать лечебно-охранительный режим в отделении;
 - систематически пополнять пост необходимыми медикаментами, шприцами, инъекционными иглами, термометрами и др.;
 - строго и пунктуально выполнять все назначения врача пациентам: процедуры и манипуляции (инъекции, забор крови из вены для биохимических анализов); определять группу крови и резус-фактор; проводить пробы на групповую совместимость и на совместимость по резус-фактору;
 - вести строгий учет расхода наркотических и сильнодействующих лекарственных веществ и хранения их в сейфах;
 - осуществлять прием вновь поступивших пациентов в отделение, обеспечить их чистыми постельными принадлежностями, индивидуальными предметами ухода, ознакомить с распорядком дня;
 - контролировать сбор биоматериала пациентом (моча, кал и др.) и своевременно отправлять его в лабораторию;
 - своевременно доставлять историю болезни и пациента в диагностические кабинеты, в операционную, перевязочную и т.д.;
 - принимать участие во врачебном обходе пациентов, имея при себе полотенце со средствами дезинфекции рук врача;
 - измерять температуру тела пациента, артериальное давление (АД), частоту пульса и вносить эти данные в историю болезни;
 - контролировать состояние тяжелобольных пациентов и организовать уход за ними;
 - знать в полном объеме методики подготовки пациентов к операции (экстренной, срочной и плановой) и осуществлять уход за пациентами после операции;
 - ежедневно контролировать санитарное состояние палат, личную гигиену пациентов, соблюдение ими режима питания, состояние тумбочек и холодильников в палатах;
 - контролировать качество и соответствие разрешенных врачом продуктов, доставленных родственниками пациентов;

- осуществлять раздачу пищи пациентам и кормление тяжелобольных;
- после выполнения врачебных назначений делать отметки об их выполнении за каждое назначение в листе врачебных назначений личной росписью;
- контролировать качество работы младшего обслуживающего персонала отделения;
- при необходимости быть готовой оказать первую медицинскую помощь пациенту до прихода врача (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, остановка кровотечения и др.);
- проводить кварцевание, закрепленных за постом палат и других помещений согласно графику;
- ежедневно утром, а также в течение смены передавать старшей медицинской сестре отделения список необходимых лекарственных препаратов, предметов ухода за пациентами и др.;
- владеть техникой наложения типичных бинтовых повязок, гипсовых лонгет, приготовления шины Беллера;
- уметь приготовить постель пациенту с переломами бедра, таза, позвоночника;
- уметь произвести инструментальную перевязку раны;
- владеть техникой промывания желудка, сифонной и очистительной клизмы, катетеризации мочевого пузыря, постановки газоотводной трубки.

ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ОБЯЗАНА УМЕТЬ:

- вести наблюдение за состоянием пациента и правильно оценивать его;
- накладывать асептические повязки на раны и ожоговые поверхности;
- останавливать наружные кровотечения;
- осуществлять транспортную иммобилизацию;
- накладывать гипсовые повязки (после специальной подготовки);
- накладывать повязку при открытом пневмотораксе;
- определять групповую принадлежность крови;
- выполнять все виды инъекций;
- выполнять трансфузии (включая переливание крови и кровезаменителей) под наблюдением врача, а также аутогемотерапию;
- выполнять искусственную вентиляцию легких с использованием соответствующих аппаратов;

- проводить непрямой массаж сердца;
- выполнять промывание желудка, взятие желудочного сока, дуоденального содержимого;
- проводить постановку клизм — очистительной, питательной, лекарственной, капельной, сифонной (под руководством и наблюдением врача);
- вводить газоотводную трубку;
- катетеризировать мочевой пузырь мягким катетером;
- промывать мочевой пузырь;
- спринцевать влагалище;
- выполнять постановку горчичников, пиявок, компрессов;
- измерять АД;
- проводить функциональные пробы, физиопроцедуры, электрокардиографические исследования (после специальной подготовки);
- осуществлять подготовку пациентов 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 МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОПЕРАЦИОННОГО БЛОКА

На должность операционной сестры назначается медицинская сестра, которая прошла специализацию и имеет документ, разрешающий ей работать в операционной.

Старшая операционная сестра распределяет работу между операционными медицинскими сестрами. Операционная медицинская сестра должна:

- в совершенстве владеть методикой приготовления шовного и перевязочного материала;
- уметь помогать врачу при эндоскопических и лапароскопических исследованиях, владеть техникой гемотрансфузии и других манипуляций;
- обеспечить полное оснащение операции;
- 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 медицинская сестра входит в дежурную бригаду, состоящую из разных специалистов);
- отвечать за асептическую подготовку пациента, 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 журнале;
- следить за сохранностью и исправностью оборудования, заботиться о пополнении и ремонте неисправного инвентаря, а также за абсолютной чистотой операционного блока и перевязочной, за исправностью обычного и аварийного освещения;
- систематически пополнять операционную необходимыми медикаментами, перевязочными материалами и операционным бельем, подбирать нужные наборы инструментов.

РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ 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.

РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Перевязочная — специально оборудованное помещение для выполнения перевязок, осмотра ран и ряда других манипуляций. В перевязочной могут выполняться также инъекции, трансфузии и небольшие операции (первичная хирургическая обработка небольших ран, вскрытие поверхностно расположенных абсцессов и др.). Перевязочная оборудуется соответствующим набором предметов, оснащается необходимыми хирургическими инструментами, медикаментозными средствами и перевязочным материалом. Медицинская сестра перевязочной обязана:

- организовать и поддерживать лечебно-охранительный режим в перевязочной;
- готовить перевязочный материал, складывать в биксы и относить их для стерилизации в ЦСО;
- проводить дезинфекцию, предстерилизационную очистку использованных хирургических инструментов и стерилизовать их в сухожаровом шкафу;
- накрывать стерильный стол с перевязочным материалом и инструментами;
- помогать врачу во время перевязки пациентов;
- накладывать бинтовые и другие повязки пациентам;
- руководить работой санитарки;
- обеспечивать инфекционную безопасность пациентов.

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-социальной помощи взрослому населению». Для организации работы поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения:

- регистратура;
- отделение (кабинет) доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение (кабинет) первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и др.);

- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- стоматологическое отделение (кабинет);
- процедурный кабинет;
- смотровой кабинет;
- флюорографический кабинет;
- кабинет доверия;
- кабинет кризисных состояний и медико-психологической разгрузки;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория.