

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	7
<b>Глава 1.</b>	
<b>Определение понятия «уход за больными». Принципы организации работы хирургического отделения .....</b>	<b>9</b>
1.1. Исторические аспекты ухода за больным .....	9
1.2. Определение понятие «уход за больным». Виды ухода .....	12
1.2.1. Хирургический уход .....	14
1.2.2. Особенности ухода за хирургическими больными .....	15
1.3. Организация работы лечебно-профилактического учреждения и хирургического отделения .....	19
1.3.1. Приемное отделение .....	19
1.3.2. Отделения хирургического профиля .....	20
1.3.3. Обязанности старшей медицинской сестры отделения .....	22
1.3.4. Функциональные обязанности среднего медицинского персонала .....	22
1.3.5. Права среднего медицинского персонала .....	25
1.3.6. Ответственность среднего медицинского персонала .....	25
Вопросы для самоконтроля .....	26
<b>Глава 2.</b>	
<b>Хирургическая инфекция. Септика и антисептика .....</b>	<b>27</b>
2.1. Основные сведения о хирургической инфекции .....	27
2.1.1. Классификация хирургической инфекции .....	27
2.1.2. Основные возбудители хирургической инфекции .....	28
2.1.3. Условия, необходимые для возникновения хирургической инфекции .....	30
2.1.4. Клиническая картина хирургической инфекции .....	32
2.1.5. Принципы лечения и профилактики хирургической инфекции .....	33
2.1.6. Отдельные нозологические формы хирургической инфекции .....	35
2.1.7. Хирургический сепсис .....	37
2.1.8. Раневая инфекция .....	39
2.1.9. Госпитальная инфекция .....	41
2.2. Асептика .....	42
2.2.1. Методы стерилизации .....	44
2.2.2. Профилактика СПИДа в хирургии .....	49

2.3. Антисептика .....	50
2.3.1. Виды антисептики .....	51
Вопросы для самоконтроля .....	64

### Глава 3.

<b>Клиническая гигиена больного в хирургическом стационаре .....</b>	<b>65</b>
3.1. Личная гигиена больного .....	65
3.1.1. Уход за волосами .....	65
3.1.2. Уход за глазами .....	65
3.1.3. Уход за ушами .....	66
3.1.4. Уход за полостью носа .....	66
3.1.5. Уход за полостью рта .....	67
3.1.6. Уход за кожей .....	68
3.1.7. Подмывание больного .....	68
3.2. Ванны .....	69
3.2.1. Гигиенические ванны .....	69
3.2.2. Лечебные ванны .....	70
3.3. Особенности ухода за больными с пролежнями. Профилактика и лечение пролежней .....	72
3.4. Смена постельного и нательного белья .....	78
3.5. Перемещение больного .....	79
3.6. Основы массажа .....	87
Вопросы для самоконтроля .....	92

### Глава 4.

<b>Десмургия. Транспортная иммобилизация .....</b>	<b>93</b>
4.1. Понятие о ранах .....	93
4.2. Десмургия .....	98
4.2.1. Классификация повязок .....	98
4.2.2. Правила наложения повязок .....	99
4.2.3. Бинтовые повязки .....	100
4.2.4. Гипсовые повязки .....	103
4.3. Транспортная иммобилизация .....	105
Вопросы для самоконтроля .....	110

### Глава 5.

<b>Клиническая гигиена в хирургическом отделении .....</b>	<b>111</b>
5.1. Гигиенические требования, предъявляемые к хирургическому отделению .....	111

5.2. Профилактика имплантационной инфекции . . . . .	117
5.3. Подготовка рук к операции . . . . .	118
5.4. Подготовка операционного поля . . . . .	120
5.5. Стерилизация перчаток . . . . .	120
5.6. Гигиена медицинского персонала . . . . .	121
Вопросы для самоконтроля . . . . .	122

## Глава 6.

<b>Гигиена питания хирургического больного . . . . .</b>	<b>123</b>
6.1. Определение понятия «лечебное питание». Методы кормления больных . . . . .	123
6.2. Лечебные диеты . . . . .	125
6.3. Нутритивная поддержка в хирургии . . . . .	146
6.3.1. Исторические аспекты разработки искусственного питания . . . . .	146
6.3.2. Показания к проведению нутритивной поддержки . .	148
6.3.3. Энтеральное питание . . . . .	149
6.3.4. Парентеральное питание . . . . .	151
Вопросы для самоконтроля . . . . .	154

## Глава 7.

<b>Хирургическая операция. Уход за больным в пред- и послеоперационном периодах. Манипуляционная техника . . . . .</b>	<b>155</b>
7.1. Хирургическая операция . . . . .	155
7.1.1. Классификация оперативных вмешательств . . . . .	155
7.2. Преоперационная подготовка . . . . .	157
7.2.1. Стандартный минимум обследования пациента . . . . .	157
7.2.2. Психологическая подготовка . . . . .	158
7.2.3. Общесоматическая подготовка . . . . .	158
7.2.4. Специальная подготовка . . . . .	158
7.2.5. Непосредственная подготовка больного к операции . .	159
7.2.6. Особенности непосредственной преоперационной подготовки больного при экстренной операции . . . . .	161
7.3. Ведение больного в послеоперационном периоде . . . . .	161
7.4. Основные медицинские манипуляции, применяемые в процессе ухода за больным . . . . .	166
7.4.1. Определение частоты дыхания . . . . .	166
7.4.2. Определение свойств пульса на лучевой артерии . . . . .	166
7.4.3. Техника измерения артериального давления . . . . .	167

7.4.4. Техника измерения температуры тела . . . . .	167
7.4.5. Техника измерения центрального венозного давления (ЦВД) . . . . .	168
7.4.6. Промывание желудка . . . . .	168
7.4.7. Клизмы . . . . .	169
7.4.8. Катетеризация мочевого пузыря . . . . .	175
7.4.9. Инъекции лекарственных средств . . . . .	176
7.5. Сердечно-легочная реанимация . . . . .	182
7.5.1. Восстановление проходимости верхних дыхательных путей . . . . .	182
7.5.2. Методы искусственной вентиляции легких . . . . .	183
7.5.3. Непрямой массаж сердца . . . . .	185
Вопросы для самоконтроля . . . . .	186
<b>Глава 8.</b>	
<b>Хирургическая деонтология. Больничный режим и правила поведения медицинского персонала . . . . .</b>	<b>187</b>
8.1. Медицинская этика и деонтология . . . . .	187
8.2. Больничный режим . . . . .	193
Вопросы для самоконтроля . . . . .	196
<b>Приложение 1 (к главе 1) . . . . .</b>	<b>197</b>
<b>Приложение 2 (к главе 2) . . . . .</b>	<b>201</b>
<b>Приложение 3 (к главе 3) . . . . .</b>	<b>209</b>
<b>Приложение 4 (к главе 4) . . . . .</b>	<b>213</b>
<b>Приложение 5 (к главе 5) . . . . .</b>	<b>216</b>
<b>Приложение 6 (к главе 6) . . . . .</b>	<b>218</b>
<b>Приложение 7 (к главе 7) . . . . .</b>	<b>221</b>
<b>Вопросы для проведения тестового контроля . . . . .</b>	<b>223</b>
<b>Ответы к вопросам для тестового контроля . . . . .</b>	<b>251</b>
<b>Краткий терминологический справочник . . . . .</b>	<b>253</b>
<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>277</b>
<b>Рекомендуемая литература . . . . .</b>	<b>287</b>

## Глава 8

# ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ. БОЛЬНИЧНЫЙ РЕЖИМ И ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

### 8.1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

**Медицинская этика** — это раздел философской дисциплины этики, объектом исследования которого являются морально-нравственные аспекты медицины. В более узком смысле под медицинской этикой понимают совокупность нравственных норм профессиональной деятельности медицинских работников. В последнем значении медицинская этика тесно соприкасается с медицинской деонтологией. Термин «деонтология» был введен в обиход этики английским философом-утилитаристом Бентамом в начале 19 века.

**Медицинская деонтология** — это совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей. Таким образом, деонтология предусматривает преимущественно нормы взаимоотношений с больными, а медицинская этика — более широкий круг проблем: взаимоотношение с больными, медработниками между собой, с родственниками больного, здоровыми людьми. Эти два направления диалектически связаны между собой.

Несмотря на различие классовой морали, характерной для каждого общества людей, медицинская этика во все времена преследует общечеловеческие внеклассовые принципы медицинской профессии, определяемые ее гуманной сущностью — стремлением облегчить страдания и помочь больному человеку. Если эта первичная обязательная основа врачевания отсутствует, нельзя говорить о соблюдении моральных норм вообще. Примером тому может послужить деятельность врачей и ученых в фашистской Германии и Японии, которые во время Великой Отечественной Войны сделали много открытий, которыми человечество пользуется до настоящего времени. Но в качестве экспериментального материала они использовали живых людей, в результате этого, решениями международных судов, их имена преданы забвению и как врачей, и как ученых — «Нюрнбергский кодекс», 1947; Международный суд в Хабаровске, 1948.

Вопросы медицинской этики рассматривались с древних времен, самым древним источником является «Закон Хаммурапи», принятый в 18 веке до нашей эры в древнем Вавилоне, регламентирующий деятельность и права врачевателя. Более поздние источники: свод законов Ману — 2 в. до н. э., «Наука жизни», «Аюрведа» — 1–3 в. до н.э. расширяют учение о медицинской этике, призывая лечить всех, кто нуждается в медицинской помощи — «и богатых и бедных, чужестранцев и сирот».

Неоценимую роль в создании этических норм врачебной деятельности сыграл Гиппократ. Ему принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не вреди», «Врач-философ подобен Богу». Он автор, пережившей века врачебной «Клятвы», носящей его имя «Клятвы Гиппократа». Она принята за основу клятвы, приносимой выпускниками медицинских вузов во всем мире на основе решений «Женевской декларации» (1948) и «Международного кодекса медицинской этики» (Лондон, 1949), которые утверждены директором ВОЗ: «Я не позволю, чтобы религия, национализм, расизм, политика или социальное положение оказывали влияние на выполнение моего долга. ... Даже под угрозой я не использую мои знания в области медицины в противовес законам человечности».

2-й Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967) предложил дополнить «Клятву» фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!», а 3-й Международный конгресс «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (1983) предложил дополнить национальные и международные кодексы о профессиональном этическом долге врача, в основе которых лежит «Клятва Гиппократа», пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы. Эти предложения были внесены в «Присягу врача Советского Союза». Врачи России также дают эту присягу.

Развитие науки и техники, новых направлений медицины, образованности общества ставит новые проблемы морально—этических норм врачебной деятельности, что постоянно обсуждается на Международных конгрессах и заседаниях Международной согласительной комиссии. Сюда входят вопросы генной инженерии и связанных с ней экспериментов на людях, вопросы трансплантации органов, проблема эвтаназии, соблюдения врачебной тайны и многие другие медицинские проблемы неразрывно связанные с обществом. Сейчас с участием России ведется работа над созданием «Международного врачебного права».

Врачи должны обладать широким кругозором, быть разносторонне образованными, мыслящими специалистами и в то же время внимательным и сердечным отношением компенсировать издержки

«технизации и механизации» своей профессии. Медицина была и остается сплавом науки и искусства.

Соблюдение деонтологических норм медиками само по себе дает терапевтический эффект. Понятие «мастерство врача» нельзя сводить к сумме технических приемов. Это творческий процесс, выражающийся в той форме интеллектуальной работы, которая у врача называется клиническим мышлением. Имеется в виду поведение врача, умение вести прием, тщательность и полнота обследования, убедительность заключения. Врач призван оказывать помощь больному человеку, избавлять его от страданий, восстанавливать его трудоспособность, спасать от смерти. Для этого недостаточно только любить свою профессию, но и необходимо постоянно повышать свое мастерство. Только с достаточным клиническим опытом врач может оказать действенную помощь.

Тактика врача, его поведение всегда должны строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания, особенностей психики. С мнительными больными необходимо обладать терпением; все больные нуждаются в утешении, но в то же время в твердой уверенности врача в возможности излечения. Важнейшей задачей врача является необходимость добиться доверия больного и неосторожным словом и действием не подорвать его в последующем.

Перед врачом часто возникает вопрос, стоит ли сообщать больному и родственникам об истинном состоянии здоровья. Если больной отказывается от необходимой операции, особенно в острых случаях заболевания, то, безусловно, стоит. Трудность обычно возникает с онкологическими больными, когда начальные симптомы завуалированы, больной надеется на возможность фармакотерапии, народных целителей и др. В этом случае, необходимо обосновать необходимость оперативного вмешательства и акцентировать внимание больного на возможности радикального удаления новообразования. Исключения составляют incurable онкобольные, которым можно сообщить ложный диагноз, так как на тактике лечения это не отразится.

Взаимоотношения с коллегами вопрос сложный, т.к. имеет место четкое профилирование по специальности, поэтому врач вынужден прибегать к консультациям других специалистов, вплоть до консилиумов. Желательное дружелюбное взаимоотношение и взаимопонимание не всегда достигается, но оно должно быть хотя бы продемонстрировано больному. Необходимо строго придерживаться известного принципа: не обсуждать данные осмотра в присутствии больного – для этого есть ординаторская. А уж потом, на основании истины, достигнутой в споре, необходимо сообщить общее мнение:

«мы обсудили и решили..». Ни в коем случае нельзя заявлять больному, что «консультант не достаточно компетентен», так как не согласен с вашим мнением — это только уронит ваш авторитет. В большинстве случаев больные любят, когда к ним приглашают на консультацию других специалистов. Это только укрепляет ваш авторитет у больного, т.к. свидетельствует о вашей заинтересованности его здоровьем.

Взаимоотношения врача с родственниками самая сложная проблема медицинской деонтологии. Если заболевание обычное и лечение идет хорошо, допустима полная откровенность. При наличии осложнений возможен корректный разговор с ближайшими родственниками.

Очень большое влияние на настроение и самочувствие больного оказывает деятельность среднего медицинского персонала. В связи с этим, профессиональная деятельность медицинских сестер подразумевает соблюдение высоких этических норм поведения по отношению к больному, его родственникам, коллегам. Особые требования к соблюдению медицинскими сестрами деонтологических аспектов предъявляются при лечении тяжелых больных, в большинстве случаев неспособных к самостоятельному соблюдению элементарных правил личной гигиены.

К сожалению, имеется немало примеров, когда средний медицинский персонал допускает грубые нарушения этических и деонтологических принципов, что с одной стороны вызывает негативные последствия в коллективе, а с другой — несомненно, неблагоприятно влияет на процесс выздоровления больного.

### **Правила поведения медицинского персонала**

Среди общих правил поведения медицинского персонала можно выделить следующие:

- медицинские работники должны быть опрятно одетыми;
- волосы должны быть убраны под медицинскую шапочку;
- ногти должны быть коротко подстриженными;
- не следует допускать излишеств в косметике и украшениях;
- следует ограничить применение парфюмерных средств, особенно с резким стойким запахом (помимо субъективных неприятных ощущений у больного может развиваться аллергическая реакция, приступ бронхиальной астмы и др.);
- очень важно, чтобы медицинский работник следил за выражением своего лица, манерами разговора и поведения; доброжелательное и спокойное поведение оказывает положительное действие на психику больного и вселяет уверенность в успехе лечения;
- при уходе за раздражительным, легко вспыльчивым или, наоборот, неконттактным, подавленным пациентом следует проявлять