

1. ЧТО ТАКОЕ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ? ПОНЯТИЕ О ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТАХ.

- ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ - это сложная целенаправленная диагностическая или лечебная манипуляция, связанная с методическим разъединением тканей, направленным на доступ к патологическому очагу и его ликвидации с последующим восстановлением анатомических взаимоотношений органов и тканей.
- Виды операций: а) экстренные б) отсроченные в) плановые.

2. Что такое медицинская этика и медицинская деонтология?

Их основные принципы.

- **Медицинская этика (медицинская деонтология)** — дисциплина раздела прикладной этики, изучающая медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом. Это совокупность принципов поведения медицинских работников, обусловленных особенностями их деятельности.
- **Медицинская деонтология (греч. Deon - должное)** - учение о должном в медицине, прежде всего о профессиональном долге врачей, всех медицинских работников по отношению к их пациентам. определяет, как должен вести себя в определенных ситуациях медицинский работник, руководствуясь принципами медицинской этики.
- **ПРИНЦИПЫ:**
 1. Одинаковое доброжелательное отношение ко всем больным не зависимо от соц. условий, веры и др. факторов
 2. Опрятный вид.
 3. Тактичность и субординация
 4. Атмосфера уважения между коллегами

3. Понятие о врачебной тайне.

- Соблюдение врачебной тайны – не только медицинский, но и юридический аспект, который должен соблюдаться неукоснительно.
- Строго запрещается обсуждение медицинскими работниками личных качеств, достатка, религиозных верований пациента, обсуждение его заболевания без медицинской цели и в присутствии посторонних лиц, передача информации о больном третьим лицам, без согласия на то больного.

4. Из каких подразделений состоит хирургический стационар?

- Хирургическое отделение или несколько отделений хирургического профиля.
- Приемное отделение.
- Отделение реанимации и интенсивной терапии.
- Операционный блок и перевязочные кабинеты.
- Отделение анестезиологии.
- Диагностическое (параклиническое) отделение.
- Аптека
- Службы технического обеспечения (прачечные, стерилизационная служба, пищеблок, сантехнические службы и др.)

5. Что входит в функции приемно-диагностического отделения:

- **Приемно-диагностическое отделение (приемный покой)** – одно из важнейших подразделений стационара. Это первое отделение, в которое попадает пациент в ходе лечения.
- **ФУНКЦИИ:**
 1. Прием и регистрация пациентов.
 2. Оформление медицинской документации.
 3. Первичный врачебный осмотр.
 4. Первичная санитарная обработка.
 5. Первичная диагностика.
 6. Первичная медицинская помощь.
 7. Транспортировка больных в профильное отделение.

6. Структура приемного покоя. Медицинская документация приемного покоя.

- **СТРУКТУРА:**

- Зал ожидания -Регистратура -Смотровые кабинеты
- Процедурный кабинет -Перевязочная, малая операционная
- Реанимационный зал -Санпропускник -Ванная комната
- Экспресс-лаборатория -Кабинеты функц-ой диагностики

- **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ:**

- × История болезни × Карта амбулаторного больного
- × Журнал регистрации поступивших больных
- × Алфавитная книга справочной службы
- × Журнал отказов от госпитализации.
- × Журнал осмотров на педикулез и чесотку.
- × Журнал движения больных в стационаре.
- × Журнал сообщений о происшествиях в полицию и ДПС.
- × Журнал экстренных извещений в СЭС.
- × Журнал учета медикаментов.
- × Журнал учета генеральных уборок.

7. Что такое первичная санитарная обработка, как и где она проводится.

- Дезинсекция при наличие паразитов.
- Гигиеническая ванна, душ, обтирание больного.
- Стрижка волос и ногтей при необходимости.
- Переодевание в чистое больничное белье.
- Подготовка операционного поля.
- **ПРОВОДИТСЯ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

8. Устройство помещения хирургического отделения

НА 30 КОЕК:

- Пост палатной медицинской сестры
- Палаты по числу пациентов
- перевязочный кабинет
- процедурный кабинет
- Ординаторская
- Сестринская
- Комната сестры-хозяйки
- Столовая
- Санузел
- Ванная или душевая комната
- Клизменная
- вспомогательные специализированные кабинеты (цистоскопический, гипсовая, смотровой, эндоскопический, и др.)
- Технические помещения

СЕСТРИНСКИЙ ПОСТ:

- Стол постовой медсестры
- Шкафы для хранения инвентаря
- Холодильники
- Шкаф для хранения медикаментов
- Раковина
- Столик для раздачи лекарств
- Шкаф для хранения документации

9. Устройство и помещения операционного блока

УСТРОЙСТВО:

- Асептический блок
- Септический блок

ПОМЕЩЕНИЯ ОПЕРБЛОКА:

- Операционные залы
- Предоперационная
- Стерилизационная
- Наркозная
- Аппаратная
- Вспомогательные помещения
- Пропускник и шлюзы
- Помещения для персонала

10. Что такое внутрибольничная инфекция:

- **Госпитальная (внутрибольничная) инфекция** – это инфекционное заболевание, развившееся в результате заражения больных существующей в медицинском учреждении флорой, вирулентной и устойчивой против многих антибиотиков.
- Любое клинически проявившееся заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его пребывания в стационаре или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от проявления симптомов заболевания во время госпитализации или после выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника медицинского учреждения вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

11. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ИСТОЧНИКИ И ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВБИ:

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

- раневая инфекция,
- инфекция мочевыводящих путей, дыхательных путей,
- сепсис.

ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

- больные с гнойно-воспалительными заболеваниями,
- бациллоносители среди посетителей, персонала, больных.

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ: воздушно-капельным и контактным путем.

В целях предупреждения госпитальной инфекции в лечебных учреждениях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами профилактические и противоэпидемические мероприятия.

12. ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ И РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВБИ:

- Недооценка эпидемической опасности внутрибольничных источников инфекции и риска заражения при контакте с больным, страдающим гнойно-септическими инфекциями, и их несвоевременная изоляция;
- Перегрузка хирургического отделения;
- Наличие не выявленных носителей внутрибольничных штаммов среди медперсонала и больных;
- Нарушение медперсоналом правил асептики и антисептики, личной гигиены;
- Несвоевременное проведение текущей и заключительной дезинфекции, нарушение режима уборки;
- Недостаточное оснащение хирургического отделения дезинфицирующими средствами;
- Нарушение режима дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов, аппаратов, приборов и т.д.;
- Устаревшее оборудование;
- Неудовлетворительное состояние пищеблока, водоснабжения;
- Отсутствие фильтрационной вентиляции.

13. ВОЗБУДИТЕЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ ОСОБЕННОСТИ:

ОСОБЕННОСТИ:

- Возбудители устойчивы к основным антибиотикам и антисептикам.
- Возникает у ослабленных больных, часто является суперинфекцией

Возбудители ВБИ:

- Возбудители - чаще условно-патогенные микроорганизмы: стафилококки, клебсиеллы, кишечная палочка, вульгарный протей и др.

Места локализации условно-патогенной микрофлоры:

- стафилококки (золотистый) - руки, подмышечные впадины, паховые складки, носоглотка;
- стрептококки - кожа рук и др.;
- синегнойная палочка - руки, глотка, кишечник, мочевыводящие пути;
- клебсиеллы - глотка, кишечник, мочевыводящие пути;
- кишечная палочка - руки, кишечник, мочевыводящие пути;
- протей - руки, мочевыводящие пути;

14.ВИДЫ РАН И ИХ ОСОБЕННОСТИ:

- **чистые раны** - неинфицированные операционные раны без признаков воспаления
- **условно чистые раны** - операционные раны, проникающие в дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения
- **загрязненные (контаминированные) раны** - операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта
- **грязные (инфицированные) раны** - операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в организме до начала операции

15. ВИДЫ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ И ИХ ПРИЗНАКИ:

Поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 суток после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза.

Признаки:

- гнойное отделяемое из поверхности разреза,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков воспаления,
- имеется не менее 2 из перечисленных симптомов – боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, местное повышение температуры.
- **диагноз** – нагноение послеоперационной раны, и др.

Глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 суток после операции при отсутствии имплантата или не позднее года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, мышечный, фасциальный слой) в области разреза.

Признаки:

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте хирургического вмешательства, но не из органа/полости,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления,
- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются симптомы: лихорадка, локализованная боль или болезненность,
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области разреза.
- **диагноз** – абсцесс, флегмона и др.

Инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции.

Признаки:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из полости или органа,
- лихорадочное состояние,
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган, полость.
- **диагноз** – перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе.

16. Понятие Асептики и Антисептики

- **Антисептика** – это комплекс мероприятий, направленный на уничтожение микробов в ране, патологическом образовании или органе в целом.
- Антисептика обычно проводится посредством комплекса следующих методов: биологический, химический, механический, физический
- **Асептика** - это профилактические мероприятия, обеспечивающие предупреждение попадания патогенных микроорганизмов в операционную рану называются асептикой.
- Основной принцип асептики – все, что соприкасается с раной должно быть

17. ЧТО ТАКОЕ КЛИНИЧЕСКАЯ ГИГИЕНА ПЕРСОНАЛА. УНИФОРМА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.

Клиническая гигиена – комплекс мер, направленных на защиту медицинского персонала, пациентов, людей, контактирующих с персоналом вне стен больницы, от внутрибольничной инфекции.

УНИФОРМА:

- Медицинский халат
- Хирургический костюм
- Колпак или шапочка
- Сменная обувь, бахилы
- Маска
- Перчатки

18. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВБИ:

- Перед проведением плановых операций необходимо выявление и санация очагов инфекции, имеющих у пациента еще на догоспитальном этапе. Провести коррекцию клинических показателей у больных в предоперационном периоде.
- Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре в период предоперационной подготовки. При поступлении пациента на операцию в плановом порядке предварительное обследование проводится амбулаторно, без проведения повторного обследования в стационаре.
- Сроки выписки пациента из стационара определяется состоянием его здоровья, особенностью операции, течением послеоперационного периода, однако оправдана ранняя выписка пациентов.
- Посещение пациентов родственниками разрешается в установленном администрацией учреждения порядке.

- Для пациентов, не требующих постоянного круглосуточного наблюдения, организуются отделения дневного пребывания больных.
- Персонал должен строго соблюдать все меры эпидемиологической предосторожности по отношению к любому пациенту. Каждый пациент рассматривается как потенциальный источник инфицирования для персонала.
- Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Также перчатки необходимы при контакте со слизистыми больного и инфицированными инструментами.
- Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями и потенциально инфицированными предметами и оборудованием проводится гигиеническая обработка рук.
- При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью или другими биологическими жидкостями необходимо: - снять перчатки; - вымыть руки проточной водой с мылом; - тщательно высушить руки чистым полотенцем; - обработать кожным антисептиком.
- При проведении манипуляций/операций, которые могут сопровождаться образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении средств индивидуальной защиты производится их незамедлительная замена. Предпочтительно использовать одноразовые средства защиты.

- Запрещается надевание колпачков на использованные инъекционные иглы. После использования иглы, скальпели, прочие острые предметы сбрасываются в непрокальываемые контейнеры.
- Пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии. перевязки пациентов с гнойными ранами производятся в отдельной специализированной перевязочной. Осмотр таких пациентов производят в одноразовых перчатках и фартуках.
- Пациенты с сочетанием острого инфекционного и острого хирургического заболевания подлежат госпитализации в специализированный стационар, а при его отсутствии в общехирургический стационар, но при обязательной изоляции в отдельную палату или бокс. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.
- Медицинский персонал, имеющий поражение кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.
- При обработке операционного поля перед хирургическим вмешательством или другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (пункции, биопсии), следует отдавать предпочтение спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

- Перед обработкой кожи операционного поля антисептиком следует тщательно вымыть и очистить ее от видимых загрязнений.
- Обработку операционного поля производят путем как минимум двукратного протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного инструкцией к конкретному средству.
- Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны от периферии к центру.
- Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез, или сделать новые разрезы для дренажей.
- Волосяной покров в области операционного поля должен быть сбрит перед операцией.
- Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживания кожи в месте инъекции спиртосодержащим кожным антисептиком. Обработку производят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям в инструкции к

- Профилактическое назначение антибиотиков является наиболее эффективным мероприятием по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.
- При выборе антибиотика следует отдавать предпочтение активному в отношении наиболее вероятного при определенных операциях возбудителя инфекционных осложнений.
- Рекомендуется отдавать предпочтение внутривенному введению препаратов.
- Антибиотикопрофилактику следует начинать до (в крайнем случае, во время) оперативного вмешательства, с учетом периода полувыведения данного препарата. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ:

- Территория операционного блока делится на три зоны: неограниченная, полусвободная и ограниченная.
- При подготовке стерильных столов для инструментария необходимо придерживаться правил асептики.
- Члены операционной бригады входят в оперблок через санпропускник, где принимают душ и надевают операционное белье, шапочки, маски, закрывающие нос, рот и область подбородка. В предоперационной проводится обработка рук хирурга. После этого в операционной надевается стерильный халат и перчатки с помощью операционной сестры.
- При подготовке к работе перевязочной и операционной до начала работы проводится влажная уборка помещения с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.

19. Антибиотико терапия и Антибиотикопрофилактика-особенности

- Профилактическое назначение антибиотиков является наиболее эффективным мероприятием по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.
- При выборе антибиотика следует отдавать предпочтение активному в отношении наиболее вероятного при определенных операциях возбудителя инфекционных осложнений.
- Рекомендуется отдавать предпочтение внутривенному введению препаратов.
- Антибиотикопрофилактику следует начинать до (в крайнем случае, во время) оперативного вмешательства, с учетом периода полувыведения данного препарата. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

20. ОБЯЗАННОСТИ МЕДЕЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ:

- Доброе, чуткое, внимательное, заботливое и бескорыстное отношение к больному.
- Помощь больному при удовлетворении им основных, жизненных потребностей (еда, питьё, движение, опорожнение кишечника и мочевого пузыря и пр.).
- Помощь во время болезненного состояния (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).
- Гигиеническое содержание больного и помещения, где он находится (палата, перевязочная), содержание в чистоте постели.
- Выполнение врачебных назначений.
- Подготовка больного к выполнению лечебных и диагностических процедур.
- Подготовка больного к оперативному вмешательству.
- Уход за больным в операционной.
- Выхаживание больного в послеоперационном периоде.
- Организация досуга больного.
- Регулирование посещений больного родственниками, сослуживцами и знакомыми

21. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ЦЕЛИ, СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА.

Сестринский процесс - метод организации и оказания сестринской помощи, которая включает в себя больного и сестру как взаимодействующих лиц.

ЦЕЛИ: × Определение конкретных потребностей больного в уходе перед, во время и после операции.

× Выделение приоритетных проблем по уходу:

- проблемы безопасности (операционной, инфекционной, социокультурной, психологической);
- проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем;
- проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью;
- проблемы, связанные с сохранением достоинства, так как ни в одной другой области медицины больной не оказывается столь беззащитным и уязвимым, как во время операции.

× Прогнозирование последствий ухода, определение сроков восстановления после операции.

× Применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение нужд больного с учётом особенностей конкретной хирургической патологии.

× Оценка эффективности проведённой сестрой работы и её профессионализма.

22. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС, ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА:

1. Сестринское обследование больного включает данные:

- субъективные - предположения больного о состоянии своего здоровья (чувства и эмоции, выраженные словами мимикой, жестами);
- объективные - наблюдения и данные, полученные сестрой. Источниками данных могут быть сами больные, члены их семьи, а также медицинские документы (история болезни, амбулаторная карта).

2. Диагностирование состояния больного, которое основано не на распознавании болезней, а на определении потребностей его и выявлении проблем (ограниченность самообслуживания, нарушения сна, отдыха, питания, боль, эмоциональная неустойчивость и т.д.).

- Во время установления сестринского диагноза принимаются во внимание физические, психологические и интеллектуальные данные больного.

3. Планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), связанных с состоянием здоровья больного.

Цель планирования - предупредить, облегчить, уменьшить или

4. Выполнение плана необходимых сестринских вмешательств, который включает помощь при болезни, в профилактике и укреплении здоровья. Выделяют три вида сестринского вмешательства:

- зависимое - по назначению врача должны использоваться знания и навыки сестры (постановка очистительной клизмы, подготовка к операции и т.д.);
- независимое - действия сестры регулируются каким-либо правовым актом (закон о сестринской деятельности, инструкции и т.д.);
- взаимозависимое - деятельность медсестры осуществляется совместно с какими-либо специалистами (работа в бригаде хирургической, анестезиологической, реанимационной и т.д.).

5. Оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости. Оценка включает:

- реакцию больного на вмешательство;
- мнение больного;
- достижение поставленных целей;
- качество оказанной помощи в соответствии с определёнными стандартами.

23.ВИДЫ ОБРАБОТКИ РУК ХИРУРГА МЕДИЦИНСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И МАТЕРИАЛА:

I уровень - бытовой - моют руки с двукратным намыливанием:
- перед и после каждой манипуляции, контакта с пациентом,
посещения туалетной комнаты

- Используют только индивидуальное полотенце, которое меняют не реже одного раза в смену или по мере загрязнения. Можно также использовать одноразовые салфетки, бумажные полотенца и электросушилку.
- Оснащение: туалетное мыло, кран с водой, матерчатое или бумажное полотенце, ножницы и пилка для ногтей.

II уровень - гигиенический - после выполнения первого уровня, для обработки рук используют 2,4% первомура (1 мин), 70° спирт или 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина в течение 3 мин (дезинфекция).

- Используют данный метод перед выполнением инвазивных процедур, перед надеванием и после снятия перчаток.
- Оснащение: туалетное мыло, кран с водой, матерчатое или бумажное полотенце, ножницы и пилка для ногтей, стерильные салфетки, 70° этиловый спирт, 0,5% спиртовой хлоргексидин, 2,4% раствор первомура, стерильные хирургические перчатки.

III уровень - хирургический - проводится после первого и второго уровней (только при этом используют локтевой кран) с последующим надеванием стерильных перчаток. Применяют данный метод перед хирургической операцией.

- Оснащение: раковина с локтевым краном, зеркало, бикс со стерильными салфетками, масками и шапочками; сосуд с антисептиком, моющие средства (мыло), антисептики (70° этиловый спирт, 0,5% спиртовой хлоргексидин, 2,4% раствор первомура), стерильные хирургические перчатки.
1. Возьмите корнцанг и достаньте из бикса стерильную салфетку.
 2. Откройте кран с тёплой водой.
 3. Намыльте салфетку и ею помойте под краном руки (бытовой уровень):
 - ступенчато;
 - симметрично;
 - пунктуально, так чтобы вода стекала с пальцев кистей к локтям.
 4. Закончив обработку рук, локтем закройте кран.
 5. Не опуская кисти ниже пояса, пройдите в операционную, где с помощью операционной сестры проведите гигиенический уровень обработки рук.
 6. Наденьте стерильный халат (с помощью медсестры).

ОБРАБОТКА ИНСТРУМЕНТА И МАТЕРИАЛА

Стерилизация изделий медицинского назначения в ЛПУ – сложный многоступенчатый процесс, состоящий из нескольких этапов:

- предварительная дезинфекция и обработка изделий на местах использования (в процедурных, операционных, перевязочных и пр.);
- предстерилизационная очистка изделий;
- стерилизационная упаковка;
- стерилизация;
- хранение и транспортировка к местам использования стерильных изделий.

24.ДЕЗИНФЕКЦИЯ-ПОНЯТИЕ, ВИДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ.

- Дезинфекцию изделий проводят с целью уничтожения вегетативных форм патогенных и условно-патогенных микроорганизмов — вирусов (в том числе возбудителей вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции), бактерий (включая микобактерии туберкулеза), грибов (включая грибы рода кандиды) — на изделиях медицинского назначения, а также в их каналах и полостях.
- Дезинфекция изделий медицинского назначения направлена на профилактику внутрибольничного инфицирования пациентов и медицинских работников. Дезинфекции подлежат все изделия медицинского назначения сразу после контакта с пациентом.

ВИДЫ:

1.Профилактическая дезинфекция осуществляется с целью предупреждения внутрибольничных инфекций. Различают текущую дезинфекцию и генеральную уборку помещений стационара.

2.Очаговая дезинфекция делится на:

а) очаговую текущую дезинфекцию, которая осуществляется в очаге инфекции, у постели инфекционного больного, проводится многократно

б) очаговую заключительную дезинфекцию, которая проводится однократно после изоляции, госпитализации в инфекционное отделение, выздоровления или смерти больного с целью полного освобождения инфекционного очага от возбудителей заболевания.

Дезинфекция производится способом погружения изделий в раствор дезинфектанта в специальных емкостях, снабженных крышками. Емкости должны иметь четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления.

25. МЕТОДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ:

1. Механический метод дезинфекции - удаление грязи, частично микроорганизмов. Достигается применением таких способов: влажная уборка помещений и обстановки; выколачивание одежды, постельного белья и постельных принадлежностей; освобождение помещений от пыли с помощью пылесоса, побелка и окраска помещений; мытье рук социальным, гигиеническим, хирургическим способом.

2. Химический метод дезинфекции - наиболее широко в ЛПУ используется, основан на применении растворов химических средств различными способами (см. таблицы 1—8). Наиболее надежным способом дезинфекции для изделий медицинского назначения из металла, полимеров, резины, является способ полного погружения с обязательным заполнением полостей этих предметов. Для изделий и их частей, не соприкасающихся с пациентом, используется метод двукратного протирания салфеткой из бязи, марли, смоченной в дезинфицирующем растворе. К химическим способам дезинфекции относятся: орошение; протирание; . . полное погружение; распыление.

3. Биологический метод дезинфекции - основан на использовании биологических процессов при антагонистическом взаимодействии микроорганизмов в естественных условиях.

4. Физический метод (термический) дезинфекции - воздействие физических факторов на предметы. Физический метод дезинфекции достигается следующими способами: использование солнечных лучей; облучение ультрафиолетовыми излучателями для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях проглаживание горячим утюгом, обжиг, прокаливание; сжигание мусора и предметов, не имеющих ценности; обработка кипятком или нагревание до кипения; пастеризация; тиндализация (дробная пастеризация в течение шести-семи дней при $60\text{ }^{\circ}\text{C}$, экспозиция — 1 час); кипячение в дистиллированной воде — 30 мин, а с добавлением натрия двууглекислого (питьевой соды) — 15 мин при полном погружении. Воздушный метод дезинфекции (режим дезинфекции: без упаковки, в сухожаровом шкафу при t° — $120\text{ }^{\circ}\text{C}$, экспозиция 45 мин с момента достижения заданной температуры) используется, если изделия из стекла, металлов, термостойких полимерных металлов не загрязнены органическими веществами. Паровой метод (автоклавирование), используется, если изделия не требуют предварительной очистки. Дезинфицирующий агент: водяной пар под избыточным давлением 0,5 атм. Режим дезинфекции: температура — $110\text{ }^{\circ}\text{C}$, экспозиция — 20 мин. Изделия находятся в стерилизационных коробках — биксах.

5. Комбинированный метод дезинфекции - основан на применении нескольких методов одновременно

26.БИКС.ВИДЫ УКЛАДКИ БИКСОВ.ПРАВИЛА УКЛАДКИ БИКСОВ.

1. Универсальная укладка

- Используется при работе в перевязочной и при малых операциях.(в один сектор помещаются салфетки, в другой — шарики, в третий — тампоны и т. д.)

2. Стандартная укладка: Из расчета на одну операцию в бикс помещают:

- халаты, шапочки, маски (по 4 штуки), простыни (4 штуки), полотенца (6 штук), марлевые шарики (50 штук), марлевые салфетки 3 размеров (по 10 штук), тампоны 3 размеров, бинты широкие и средние (по 2 штуки).

3. Целенаправленная укладка

-Предназначена для выполнения типичных манипуляций, процедур и малых операций. Например, укладка для трахеостомии

4. Видовая укладка

-Обычно используется в операционных, где требуется большое количество стерильного материала.(1 бикс-халаты, 2 бикс-салфетки и т.д)

Правило укладки:

- Дно и стенки застилают простыней.
- Белье укладывают в вертикальном положении.
- Халаты складывают рукавами внутрь, простыни складывают валиком.
- Перевязочный материал в стопках укладывают так, чтобы его можно было легко извлекать по отдельности.
- Наполненный бикс прикрывают краями выстилающей его простыни и закрывают.
- В один из биксов поверх простыни закладывают халат, полотенце, марлевые салфетки.
- Этот материал использует операционная сестра, что позволяет ей не открывать остальные закладки до подготовки операционного стола.

27. СТЕРЕЛИЗАЦИЯ ЭТАПЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ:

СТЕРИЛИЗАЦИЯ -это процесс, направленный на уничтожение всех патогенных и непатогенных микроорганизмов, включая их споровые формы.

Стерилизации подвергают все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью, другими биологическими жидкостями пациента и инъекционными препаратами, а также изделия, которые в процессе лечебно-диагностического процесса соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

ЭТАПЫ:

- 1) дезинфекцию;
- 2) предстерилизационную очистку(подвергаются изделия медицинского назначения многократного применения, подлежащие стерилизации.)
- 3) собственно стерилизацию.

28.МЕТОДЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ:

Воздушный метод стерилизации (в сухожаровом шкафу)

рекомендуется применять для сухих изделий из металла, стекла и силиконовой резины.

- Стерилизацию проводят в упаковке из бумаги мешочной непропитанной, бумаги мешочной влагопрочной, бумаги для упаковывания продукции на автоматах марки Е и крафт-бумаге или без упаковки (в открытых емкостях).
- Два режима стерилизации: 60 минут при 180°C и 150 минут при 160°C.

Паровой метод стерилизации.

При паровом методе (автоклавировании) стерилизация осуществляется увлажненным воздухом (паром) при повышенном давлении в специальных паровых стерилизаторах (автоклавах). два режима стерилизации:

- 1) 2 атм — 132 °С — 20 мин — рекомендуется для изделий из коррозионно-стойкого металла, стекла, текстильных материалов;
- 2) 1,1 атм — 120°C — 45 мин — рекомендуется для изделий из резины (катетеры, зонды, перчатки), латекса и некоторых полимерных материалов (полиэтилен высокой плотности, поливинил-хлорид).

Химический метод стерилизации (применение химических препаратов-дезинфектантов и антисептиков).

- Этот метод используют для изделий из полимерных материалов, резины, стекла, металлов.
- Стерилизация проводится в закрытых емкостях из стекла, пластмассы или покрытых эмалью (эмаль должна быть без повреждений) при полном погружении изделия в раствор. После этого изделие промывают стерильной водой.
- Простерилизованное изделие хранится в стерильной емкости (стерилизационной коробке), выложенной стерильной простыней, в течение 3 суток. режимы:
 - 1) 6% раствор перекиси водорода:
 - при 18 °C в течение 360 мин;
 - 50 °C в течение 180 мин;
 - 2) 1 % раствор дезоксона-1 при 18 °C в течение 45 мин.

Стерилизация смесью паров воды и формальдегида.

- Проводится в специальных стационарных формалиновых стерилизаторах.
- Метод пригоден для изделий из резины, полимерных материалов, металла и стекла.
- Стерилизацию проводят в упаковке из полиэтилена толщиной 0,06 — 0,20 мм, пергамента или крафт-бумаги. В качестве стерилизующего агента применяется раствор формалина (по формальдегиду). Режим стерилизации — 300 мин при 75 °С.
- Для нейтрализации формальдегида используют 23 — 25 % водный раствор аммиака. Срок хранения изделий, простерилизованных в упаковке из полиэтиленовой пленки, составляет 5 лет, из пергамента или крафт-бумаги — 21 сут.

Радиационный, лучевой метод стерилизации (применение ионизирующего излучения).

- Для стерилизации твердых предметов, портящихся при нагревании (некоторые пластмассы, электронная аппаратура и др.), может быть использована так называемая лучевая или радиационная стерилизация (обычно используют ионизирующее γ -излучение в дозах 3—10 млн рад).
- Этот метод стерилизации обычно применяется в заводских условиях при промышленном выпуске стерильных изделий медицинского назначения (например, одноразовых шприцев).

29.ЗАДАЧИ И ЭТАПЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Предоперационный период – промежуток времени от момента поступления больного в хирургический стационар до момента выполнения оперативного вмешательства.

Цель предоперационного периода – повышения качества лечения больного за счет снижения риска оперативного вмешательства и развития осложнений.

Предоперационный период делится на два этапа:

1 этап – диагностический; 2 этап – собственно предоперационная подготовка.

Задачи диагностического этапа.

- Поставить точный диагноз (можно ограничиться определением хирургической тактики).
- Определить наличие показаний или противопоказаний к операции.
- Оценить состояние основных систем организма.
- Выявить наличие осложнений заболевания и сопутствующие поражения органов и систем больного с определением степени нарушения их функции.
- Правильно выбрать способ оперативного вмешательства и метод обезболивания.

Задачи предоперационной подготовки

- Провести психологическую подготовку.
- Осуществить коррекцию нарушений функций органов и систем, если возможно устранить осложнения заболевания и излечить сопутствующие болезни.
- Создать в организме необходимый резерв функциональных возможностей органов и систем, увеличить иммунобиологические силы организма больного.
- Провести общие мероприятия, уменьшающие опасность развития хирургической инфекции.

Итоги проведенной хирургом работы в предоперационном периоде обобщаются в медицинской карте в виде операционного эпикриза, который включает:

- 1) обоснование диагноза;
- 2) показания к операции;
- 3) план операции;
- 4) вид обезболивания и предполагаемую степень операционного риска.
- 5) подготовка больного:
 - Гигиенический душ
 - Диета
 - Опорожнение мочевого пузыря
 - Бритье операционного поля
 - Эластичное бинтование нижних конечностей
 - Премедикация
 - Смена белья и постели
 - Очистительная клизма

30. ФАЗЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА:

- **Фаза напряжения, или адреналово-кортикоидная фаза (1-5 суток).**
- **Катаболическая фаза – распад травмированных тканей организма (5-9 день после операции).**
- **Анаболическая фаза (10-30 день) – период процесса регенерации.**
- **Фаза реабилитации (восстановления).**

31. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ. ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ НАБЛЮДЕНИЯ.

Послеоперационный период – это отрезок времени после перенесенной операции до завершения раневого процесса, заживления раны, стабилизации состояния, восстановления временно сниженных или утраченных функций органов и систем.

Наблюдения:

- за состоянием больного,
- внешним видом,
- цветом кожных покровов,
- частотой, ритмом пульса,
- частотой и глубиной дыхания,
- отхождением мочи, стула, газов,
- температурой тела,
- артериальным давлением.

32. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЖКТ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ:

1. Икота - это внезапный сильный вдох при суженной голосовой щели вследствие судорожного сокращения диафрагмы и дыхательных мышц.

ЛЕЧЕНИЕ: спазмолитики, Атропин – препарат последнего поколения, выпускаемый в форме инъекции. Используется если причины икоты кроются в заболеваниях пищеварения, гэрб, тошноте и рвоте. Скополамин, Омепразол, Мотилиум, Церукал, При ЦНС: Дифенин и др.

2. Отрыжка - внезапное, произвольное выделение через рот газов из желудка или пищевода, иногда вместе с небольшими порциями жидкого содержимого желудка.

ЛЕЧЕНИЕ: направлено на устранение основной причины ее вызывающей. В частности, восстановить режим приема пищи, рационализировать питание, восстановить нервно-психическое состояние, убрать из рациона пищу, способствующую усилению газообразования, препараты ощелачивающего действия.

3. Рвота - сложный акт, результатом которого является извержение наружу содержимого желудка: закрывается выход из желудка и открывается вход, содержимое желудка как бы выдавливается опустившейся в результате глубоко вдоха диафрагмой и сократившимися мышцами брюшного пресса.

ЛЕЧЕНИЕ:

1. придать положения полусидя или повернуть набок, наклонив голову вниз
2. НЕ класть на спину
3. Поставить таз, к углу рта поднести полотенце или лоток
4. После рвоты прополоскать рот водой, уложить в кровать и накрыть одеялом
5. Не допускать аспирации рвотных масс
6. Следить за состоянием
7. При наличии следов крови поднять ноги и вызвать врача, на эпигастральную полость положить пузырь(правда со льдом)
8. Оценить пульс(частота, наполнение) и измерить АД.

4.Метеоризм - скопление газов в кишечнике, вздутие живота.(Постановка газоотводной трубки.)

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Коррекция диеты- исключения продуктов, употребления которых вызывает повышение газообразования.
2. По назначению активированный уголь 2-3 раза в день
3. Постановка газоотводной трубки.
4. Постановка очистительной клизмы, способствующая удалению из кишечника не только кала, но и газов.
- 5.Отсутствие стула** – парез и атония кишечника(Постановка очистительной клизмы).

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Увеличить двигательную активность
2. Рекомендовать 4-х разовый режим питания и диету
3. Объяснить о вреде некоторых вжущих продуктов.
4. При атнотомических запорах рекомендовать продукты с больших кол-вом клетчатки.
5. При спастических запорах нужно исключить из рациона острую и солевую пищу, запретить больному прием алкоголя и курение
6. При камне из мягкого кала вводится ректальная свеча, с последующей постановкой гипертонической клизмы, если камень твердый то на ночь вводится масляная клизма, а утром ректальная свеча.

33.ВИДЫ КЛИЗМ И ИХ ОСОБЕННОСТИ:

КЛИЗМА: процедура введения в прямую кишку различных жидкостей с лечебной или диагностической целью.

ВИДЫ:

1.ЛЕЧЕБНАЯ:

а)Очистительная - при запорах (очищение нижнего отдела кишечника от каловых масс и газов), по показаниям -перед операцией и для подготовки к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости

б)Послабляющая - назначают как вспомогательное очистительное средство при запорах с формированием плотных каловых масс.
(гипертоническая, масляная, эмульсионная)

в)Сифонная-применяют в случае неэффективности очистительной клизмы, а также при необходимости многократного промывания толстой кишки. г)Питательная - применяют для введения в организм водных, солевых растворов и глюкозы.

д)Лекарственная - назначают с целью введения через прямую кишку лекарственных средств местного и общего действия.(местные общие)

2.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ:

- определение ёмкости толстой кишки и введения в кишечник рентгеноконтрастного препарата (взвеси сульфата бария) при некоторых методах рентгенологического исследования.

МЕТОДИКА:

- 1.ГИДРАВЛИЧЕСКАЯ: жидкость поступает из резервуара, расположенного выше уровня тела пациента
- 2.НАГНЕТАТЕЛЬНАЯ: жидкость вводят в кишечник специальным резиновым баллоном (грушей) ёмкостью 200—250мл, шприцем Жане или с помощью сложного нагнетательного прибора

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- желудочно-кишечные кровотечения,
- острые воспалительные процессы в толстой кишке,
- острые воспалительные или язвенно-воспалительные процессы в области заднего прохода,
- злокачественные новообразования прямой кишки,
- острый аппендицит,
- перитонит,
- первые дни после операций на органах пищеварения,
- кровотечение из геморроидальных узлов,
- выпадение прямой кишки.

34.ГИГИЕНА ТЯЖЕЛОГО БОЛЬНОГО В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ:

НАРУШЕНИЕ ОТХОЖДЕНИЯ МОЧИ:

- Поставить больного на ноги, или посадить (если это не запрещено!)
- Включить воду
- Нагреть судно
- Катетеризировать мочевого пузыря.

ГИГИЕНА БЕЛЬЯ БОЛЬНОГО:

- Постель больного должна была опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, поверх сетки матрац без бугров и впадин, на него чистую простыню, края которой подворачивают под матрац, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.
- В постели не должно быть мусора и крошек.

СМЕНА БЕЛЬЯ:

- Один раз в неделю после гигиенической ванны или душа. Досрочно - по мере загрязнения.

УХОД ЗА КОЖЕЙ БОЛЬНОГО:

- Гигиеническая ванна или душ
- Обтирание кожи дезинфицирующим раствором
- Умывание
- Обмывание наружных половых органов

УХОД ЗА БОЛЬНЫМ:

- Обработка полости рта
- Обработка глаз
- Обработка полости носа
- Обработка слуховых проходов
- Стрижка ногтей и волос

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЯ:

- Подача судна
- Подача мочеприемника

35. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО: ВИДЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ, ОСОБЕННОСТИ, ПРАВИЛА. СПОСОБЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНОГО ПРИ РАЗНЫХ ПАТОЛОГИЯХ.

- **При переломах костей черепа** транспортировку производят на носилках в положении лёжа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки. Вокруг головы кладут валик из одеяла или одежды.
- **При переломах позвоночника** больного транспортируют на щите на спине, а на обычных носилках - на животе.
- **При закрытых повреждениях шейного отдела позвоночника** обязательна иммобилизация головы и надплечий лестничными шинами и мягкой повязкой с большим количеством ваты вокруг шеи.
- **При переломах и вывихах верхних конечностей** руку в шине укладывают на грудь, прибинтовывают её к груди или подкладывают под неё подушку.
- **При переломах нижних конечностей** под повреждённую конечность в шине подкладывают подушку или сложенное одеяло.
- **При переломах рёбер** пострадавшему придают полусидячее положение.
- **При переломах таза** пострадавшего укладывают в положение «лягушки» - на спине, ноги согнуты в коленях и разведены, под колени подкладывают валик (подушку или свёрнутое одеяло).
- **При кровотечении из конечности** после наложения жгута и транспортной иммобилизации придают ей возвышенное положение и в таком положении производят транспортировку больного.
- **При ранениях органов грудной клетки** пострадавшего транспортируют в полусидячем положении с подложенным под колени одеялом.
- **При ранениях живота и внутренних кровотечениях** пострадавшего укладывают на спину с подложенным под ноги одеялом для расслабления мышц брюшного пресса, при большой кровопотере - с опущенным головным концом.
- **Больных с ожогами** укладывают по возможности на неповреждённую сторону, тщательно укутывают одеялами, а обожжённую поверхность закрывают стерильной марлей или простынёй.

СУТЬ ТРАНСПОРТИРОВКИ: быстрая, безопасная, щадящая.
ПО ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПОРТИРОВКИ:

1. Транспортабельные
2. Нетранспортабельные

ТРАНСПОРТИРОВКА НА КАТАЛКЕ:

- Каталка должна быть покрыта простынёй, на неё положена подушка и ещё простыня или одеяло для укрывания больного (в зависимости от сезона).
- При транспортировке больного с капельной внутривенной системой конечность с системой должна быть зафиксирована.

ОБЯЗАННОСТИ ПЕРСОНАЛА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ:

- проявлять доброту и милосердие к больному;
- постоянно осуществлять визуальный контроль состояния больного (следить за дыханием, пульсом, выражением лица, цветом кожных покровов, повреждённым участком тела);
- в холодное время года хорошо укутать больного (особенно с артериальным жгутом, в бессознательном состоянии, с шоком, отморожениями);
- вовремя оказать неотложную помощь пострадавшему во время транспортировки (ИВЛ, наружный массаж сердца, остановка кровотечения и т.д.).

36. РЕЖИМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. ЛЕЧЕБНО ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ.

Эпидемиологический режим направлен на профилактику гнойной (раневой) инфекции. Необходимо разделение на гнойных и чистых

Санитарно-гигиенический режим включает требования, предъявляемые к расположению и устройству, к внутренней отделке и мебелировке, к освещению, к отоплению, к вентиляции и к уборке помещений хирургического стационара.

ТРЕБОВАНИЕ К РАСПОЛОЖЕНИЮ И УСТ. ХИР. ОТДЕЛЕНИЯ:

- хирургическое отделение должно располагаться не на нижних этажах;
- необходимо, чтобы оно было изолировано от других отделений, ему отводится либо особое здание, либо отдельный этаж;
- оно состоит из операционного блока, перевязочных, палат и подсобных помещений;
- палаты должны быть светлые, хорошо вентилируемые, по возможности на 1-2 человек;
- на одного больного в стационаре положено не менее 7,5 м² при высоте помещения не менее 3 м и ширине 2,2 м.

ТРЕБОВАНИЯ К ВНУТРЕНЕЙ ОТДЕЛКЕ:

- стены и полы отделаны кафелем;
- потолки покрашены масляной краской;
- радиаторы отопления встроены в стены.

ТРЕБОВАНИЕ К МЕБЕЛИРОВКЕ:

- мебель обычно изготавливается из металла или пластмассы;
- она должна иметь гладкую поверхность, быть легко моющейся,
- удобной для больного и легко передвигающейся;
- количество мебели ограничено в соответствии с потребностями.

ТРЕБОВАНИЕ К ОСВЕЩЕНИЮ:

- естественное освещение - ориентация окон палат любая, соотношение площади окон и пола 1:6, 1:7;
- электрическое освещение в палатах, используемое вечером и ночью, не должно быть слишком ярким. Применяют лампочки с матовым стеклом. В кабинете врача и в процедурных кабинетах освещение более яркое. В перевязочных и операционных используются специальные бестеневые лампы.

ТРЕБОВАНИЕ К ОТОПЛЕНИЮ:

- температура в палатах 20 °С;
- температура в перевязочной комнате и в ванной 22-25 °С;
- температура в операционных 25 °С.

ТРЕБОВАНИЕ К ВЕНТЕЛЯЦИИ:

1. Естественная вентиляция (проветривание).

- В отделении имеется график проветривания помещений, что значительно (до 30%) снижает обсеменённость воздуха.
- В любую погоду открывают форточки 4-5 раз в сутки на 10-20 мин. Ходячие больные выходят из палат, а лежачих тщательно укрывают;

2. Искусственная вентиляция (принудительная) - использование кондиционеров.

- Она обеспечивает согревание воздуха в холодное время года, охлаждение - в жаркое время, увлажнение, осушение по мере надобности, ионизацию и увеличение кислорода.
- Кроме того, воздух должен быть не только чистым, свежим, но и стерильным.
- Так в сверхчистых операционных при 500-кратном обмене воздуха в минуту создаются идеальные условия для проведения операции;

3. Физическая (лучевая) дезинфекция воздуха бактерицидными лампами ультрафиолетового излучения. Их включают в отсутствие больных на 30-60 мин.

- **ТРЕБОВАНИЕ К УБОРКЕ:**

- в палатах текущая уборка утром и вечером, и по мере надобности. Уборка помещений должна быть влажной - мыльным раствором (обработка полов, подоконников, дверей, мебели, оборудования);
- санитарно-техническое оборудование (ванны, раковины, умывальники, писсуары, водопроводные и канализационные трубы, батареи) обрабатываются дезинфицирующим средством согласно действующим инструкциям;
- этими же средствами обрабатывают кровати и прикроватные тумбочки после выписки больных;
- во время уборки гнойных палат дезинфицирующие средства используют ежедневно.
- Уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должен иметь чёткую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ. После использования его замачивают в дезинфицирующем растворе, прополаскивают в проточной воде, просушивают и хранят в специально выделенном помещении.

Лечебно-охранительный режим- обеспечение физического и психического покоя больных

- Мероприятия: соблюдение правил внутреннего распорядка стационара, режима физической активности (индивидуального режима больного) и принципов медицинской этики.
- Элементы:
- создание условий и выполнение режима, щадящего психику больного и посетителей;
- обеспечение больному условий для соблюдения им режима рациональной двигательной активности;
- соблюдение больными и персоналом правил внутреннего распорядка;
- соблюдение медицинским персоналом принципов деонтологии.

37. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЬНОГО.

- **строгий постельный режим (0)** - больному не разрешается поворачиваться в постели;
- **постельный режим (I)** - больному не разрешается вставать с постели. Все физиологические отправления он осуществляет в постели;
- **полупостельный режим (II)** - больному можно ходить до туалета;
- **общий режим (III)** - больному можно ходить по отделению.

38. СПОСОБЫ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЗОНДОВОМУ ПИТАНИЮ.

- Самостоятельный прием пищи.
- Энтеральное зондовое питание - смеси подаются через зонды, т. е. трубки, введенные в организм через нос.
- Парентеральное питание - способ введения питательных веществ в организм путём внутривенной инфузии в обход желудочно-кишечного тракта.

Показания к зондовому питанию:

- 1) нарушении сознания;
- 2) наличии механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры);
- 3) состоянии, сопровождающемся повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма);
- 4) анорексии любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

- 1) нарушениях переваривания и всасывания тонкой кишки;
- 2) остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- 3) неустранимой рвоте и диарее;
- 4) динамической кишечной непроходимости;
- 5) порезе кишечника после хирургических вмешательств;
- 6) аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

- **Диета 0-Нулевая диета** показана после операций на **органах желудочно-кишечного тракта, при полубессознательном состоянии**.
- **Диета N0-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.
- **Диета N0-б** назначается на 2-4 дня после **N0-а**. В нее дополнительно включают жидкие протертые каши из геркулеса, гречки и риса, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на овощном отваре, паровой белковый омлет, паровое суфле или пюре из нежирной рыбы или мяса. Пищу дают не более 350-400 г на прием 6 раз в сутки.
- **Диета N0-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 N1-а** назначается **через 6-7 дней после операций на желудке**. Она предназначена **для максимального механического, химического и термического щажения желудочно-кишечного тракта в условиях соблюдения постельного режима**. Согласно этой диете пищу готовят в жидком и полужидком виде и принимают её равномерными порциями каждые 2-3 часа.
- **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**.
- **Диета N5-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 принимают 5-6 раз в день. Для приготовления блюд используют нежирное мясо и рыбу в виде изделий из котлетной массы, обезжиренный творог, некислую сметану и сыр.

- **Диета N11** назначается **при истощении организма после операции или травмы в случае отсутствия болезней пищеварительной системы.** Она направлена на **повышение защитных сил организма и улучшение состояния питания.** Используемые 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

ДИЕТА 1

- **Показания: воспалительные заболевания желудка (гастриты)**
- Режим питания — 5-разовый, с небольшими перерывами и малыми порциями., Все виды щажения (Химический, термический, механический)
- ПРОДУКТЫ: Все блюда приготавливаются в отварном виде (в воде или на пару), измельчение, протертые блюда, мясо употребляют без сухожилий, хрящей, рыбу и птицу — без кожи.

ДИЕТА 2:

- **Показания: воспалительные процессы слизистой оболочки желудка, гастриты с пониженной секрецией желудочного сока, хронические воспалительные заболевания тонкого (энтерит) и толстого (колит) кишечника.**
- Режим питания — 5-разовый, допускается 4-разовый

ДИЕТА 3:

- **Показания: хронические заболевания кишечника с запорами при нерезком и затухающем обострении и вне обострения.**
- Продукты: овощей, свежих и сушеных плодов, хлебопродуктов, круп, кисломолочных напитков и др

ДИЕТА 4:

- **Показания: острые заболевания и резкое обострение хронических заболеваний кишечника с сильными поносами.**
- Блюда жидкие, полужидкие, протертые, сваренные в воде или на пару.

ДИЕТА 5:

- **Показания: острые и хронические заболевания печени (гепатиты), желчного пузыря (холециститы), желчнокаменная болезнь.**
- Режим питания - 5-разовый, небольшими порциями в одно и то же время..
- Диета полноценная, но с ограничением тугоплавких жиров, и продуктов с холецистином.

ДИЕТА 6:

- **ПОКАЗАНИЯ** Мочекаменная болезнь с образованием камней из солей мочевой кислоты (уратурия)
- Режим питания: 4 раза в день, в промежутках и натошак — питье. исключение продуктов, содержащих много пуринов (мясные субпродукты, рыба и морепродукты, дрожжи)

ДИЕТА 7:

- **Показания:** острое и хроническое воспаление почек (нефрит). Режим питания - 5-разовый, допускается 4-разовый.
- Диета полноценная, с некоторым ограничением белка.

ДИЕТА 8:

- **Показания:** ожирение как основное заболевание, либо сопутствующее другим болезням.
- Режим питания — 5-6-разовый.
- Диета неполноценная. Ограничение калорийности за счет углеводов (легкоусвояемых) и частично жиров (животных).

ДИЕТА 9:

- **ПОКАЗАНИЯ:** Сахарный диабет или нарушения углеводного обмена.
- Режим питания: 5-6 раз в день с равномерным распределением углеводов.

ДИЕТА 10:

- **Показания:** при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, атеросклероз).
- Режим питания — 4-5-разовый.
- Ограничение соли и воды, Диета исключает вещества, возбуждающие ЦНС и сердечно-сосудистую, крепкий чай, кофе, какао, шоколад, мясные, рыбные, грибные бульоны

ДИЕТА 11:

- **Показания:** Туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или его затухании, при пониженной массе тела. Истощение после инфекционных болезней, операций, травм.
- **Во всех случаях — при отсутствии поражений органов пищеварения.**
- **Режим питания:** 5 раз в день.
- **Диета повышенной энергетической ценности с преимущественным увеличением содержания белков, особенно молочных, витаминов, минеральных веществ (кальций, железо и др.), умеренным увеличением количества жиров и углеводов.**

ДИЕТА 12:

- **Показания:** функциональные расстройства нервной системы, неврозы, повышенная возбудимость, запекание
- **Режим питания:** 5 раз в день полностью исключены пищевые продукты, возбуждающие нервную систему человека (острая и жареная пища, алкоголь, кофе).
- **Желательны молочные продукты.**

ДИЕТА 13:

- **Показания:** Острые инфекционные заболевания.
- **Режим питания:** 5-6 раз в день небольшими порциями.
- Преобладают легкоперевариваемые, не способствующие метеоризму и запорам продукты и блюда.
- **Исключены источники грубой клетчатки, жирные, соленые, трудно**

ДИЕТА 14:

- **Показания:** Мочекаменная болезнь со щелочной реакцией мочи и выпадением осадка фосфорно-кальциевых солей (фосфатурия).
- **Режим питания:** 4 раза в день, в промежутках и натошак — питье.
- **Ограничены продукты** ощелачивающего действия и богатые кальцием (молочные продукты, большинство овощей и плодов)
- **Преобладают продукты**, изменяющие реакцию мочи в кислую сторону (хлеб и мучные изделия, крупа, мясо, рыба).

ДИЕТА 15:

- **Показания:** 1) Различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет и без нарушений состояния пищеварительной системы.
2) **Переходная диета** к обычному питанию в период выздоровления и после пользования лечебными диетами.
- **Режим питания** - 4 раза в день.

39.ОРИТ. ЗОНЫ И ПОМЕЩЕНИЯ ОРИТ. МЕТОДЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ОРИТ.

ОРИТ:

- Располагают на одном этаже с операционным блоком. Не на первом этаже здания. Режим работы ОРИТ приближается к операционному блоку.
- Посещения строго ограничены.

ЗОНЫ ОРИТ:

- лечебная зона строгого режима, куда входят палаты и манипуляционные комнаты;
- пограничная зона (общего режима), охватывающая коридорную часть;
- зона служебных помещений (ординаторская, сестринская).

ОРИТ:

- Реанимационные залы
- Палаты интенсивной терапии
- Палата-изолятор

НАБЛЮДЕНИЕ:

- Физикальный контроль
- Мониторное наблюдение
- Лабораторное слежение
- Комбинированное наблюдение

40. КАКИЕ ПАЦИЕНТЫ ПОДЛЕЖАТ ЛЕЧЕНИЮ В ОРИТ.

- 1) с острым и опасным для жизни расстройством кровообращения;
- 2) с острым и опасным для жизни расстройством дыхания;
- 3) с острой печеночно-почечной недостаточностью;
- 4) с тяжелыми нарушениями белкового, углеводного, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия;
- 5) после сложных операций, сопровождающихся расстройствами и реальной угрозой дисфункции жизненно важных органов и систем;
- 6) находящиеся в коматозном состоянии в связи с черепно-мозговой травмой, гипогликемической и гипергликемической и другими комами;
- 7) после реанимации, клинической смерти и шока в восстановительном периоде.

41. ПАЦИЕНТЫ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ. УХОД ЗА БОЛЬНЫМ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.

Уход за больным в тяжелом и бессознательном состоянии:

- Уход за кожей и слизистыми.
- Профилактика пролежней и гипостатической пневмонии.
- Помощь при физиологических отправлениях.
- Кормление пациентов.

Уход за больным в критическом состоянии:

Под критическим состоянием понимают крайнюю степень любой патологии, при которой требуется искусственное замещение или поддержка жизненно важных функций: ПРЕДАГОНИЯ, АГОНИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ.

УХОД:

1. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ), Интубация трахеи, Трахеостомия.
2. Кардиомониторирование и непрямой массаж сердца.
3. Вазопрессорная поддержка и контроль АД.
4. Контроль диуреза и стимуляция.
5. Медикаментозная терапия.

КОЛЛАПС:— острая сосудистая недостаточность, которая проявляется резким снижением артериального давления и расстройством периферического кровообращения. Наиболее частой причиной коллапса являются массивные кровопотери, травмы, инфаркт миокарда, отравления, острые инфекции и т. д.

Признаки:

- Заостренные черты лица, ввалившиеся глаза, бледно-серая окраска кожи, мелкие капли пота, холодные синюшные конечности.
- Больной лежит неподвижно, вял, заторможен, реже беспокоен; дыхание учащенное, поверхностное, пульс частый, малого наполнения, мягкий.
- Артериальное давление падает: степень его снижения характеризует тяжесть коллапса.

ПОМОЩЬ:

- При коллапсе больному необходимо придать горизонтальное положение (подушки из-под головы убрать), к конечностям положить грелки.
- Немедленно вызвать врача. До его прихода надо ввести больному сердечно-сосудистые средства (кордиамин, кофеин) подкожно.
- По назначению врача проводят комплекс мероприятий в зависимости от причины коллапса:

КОМАТОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ, КОМА:

- Комой называется бессознательное состояние с глубоким нарушением рефлексов, отсутствием реакции на раздражения. (глубокая потеря сознания, обусловленная поражением жизненно важных отделов головного мозга.)

Виды ком:

1. Гипогликемической коме предшествует ощущение голода, слабость и дрожь во всем теле. До прихода врача больному дают сахар или сладкий чай. В вену вводят 20—40 мл 40 % раствора глюкозы.

2. Гипергликемическая кома- При диабетической коме больному вводят по назначению врача инсулин подкожно и внутривенно, гидрокарбонат натрия, физиологический раствор.

3. уремической коме лечебные мероприятия направлены на уменьшение интоксикации. С этой целью промывают желудок, ставят очистительную клизму, капельно вводят изотонический раствор хлорида натрия и 5 % раствор глюкозы.

4. печеночной коме по назначению врача вводят капельно растворы глюкозы, стероидные гормоны, витамины.

ОБМОРОК: — внезапно возникающая кратковременная утрата сознания с ослаблением деятельности сердечной и дыхательной систем. Обморок является легкой формой острой сосудистой мозговой недостаточности и обусловлен

Признаки:

- возникновением легкого затуманивания сознания в сочетании с головокружением, звоном в ушах, тошнотой, зевотой, усилением перистальтики кишечника.
- Объективно отмечают резкая бледность кожных покровов, похолодание рук и ног, капли пота на лице, расширение зрачков.
- Пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено.

Лечение:

- Больного следует уложить на спину с несколько опущенной головой, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха,
- К носу поднести ватку, смоченную нашатырным спиртом, обрызгать лицо холодной водой. При более стойком обморочном состоянии следует подкожно ввести 1 мл 10 % раствора кофеина или 2 мл кордиамина, можно применять эфедрин — 1 мл 5 % раствора, мезатон — 1 мл 1 % раствора, норадреналин — 1 мл 0,2 % раствора.

КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ:

- Клинической смертью называют короткий период, наступающий после прекращения эффективного кровообращения и дыхания, но до развития необратимых некротических (некробиотических) изменений в клетках центральной нервной системы и других органов.

Признаки:

- Полное отсутствие сознания и рефлексов (включая роговичный); резкий цианоз кожи и видимых слизистых оболочек (или при некоторых видах умирания, например при кровотечении и геморрагическом шоке, резкая бледность кожи);
- Значительное расширение зрачков; отсутствие эффективных сердечных сокращений и дыхания. Прекращение сердечной деятельности диагностируется по отсутствию пульсации на сонных артериях и с помощью выслушиваемых тонов сердца.

42. УМИРАЮЩИЕ БОЛЬНЫЕ. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ УХОД.

ТИПЫ УМИРАНИЯ:

1. Больные, умирающие при безуспешной сердечно-лёгочной реанимации:
 - смерть наступает тотчас после прекращения реанимационных мероприятий;
 - развивается многодневная и многонедельная постреанимационная болезнь, которую относят, в том числе, и к умиранию;
 - возникает стойкое вегетативное состояние с безвозвратной утерей функции коры головного мозга.
2. Больные старческого возраста, у которых происходит постепенное угасание жизненных функций при сохранённом или неадекватном сознании.
3. При тяжёлой патологии, которая принципиально излечима, но в силу различных обстоятельств не поддаётся интенсивной терапии.
4. Умирающие при неизлечимой болезни (травма, несовместимая с жизнью, злокачественная опухоль).

УХОД ЗА УМИРАЮЩИМИ БОЛЬНЫМИ:

- Умиравшие больные в интенсивной терапии и реанимации не нуждаются.
- Комфортный поддерживающий уход.

УХОД:

- ограничение инвазивных методов (катетеризация, пункция);
- сокращение диагностических манипуляций; тщательный гигиенический уход;
- адекватное обезболивание и адекватное питание;
- психологический комфорт, который обеспечивается окружением родственников, психотерапевтом, священником или транквилизаторами.

Пациенты со стойким вегетативным состоянием:

- 1. Адекватное питание и гидратация, которую обычно осуществляют с помощью желудочного зонда;
- 2. Обеспечение физиологических отпавлений естественным путём, с помощью катетера, клизмы;
- 3. Гигиенический уход, включающий и обработку полости рта, которая часто является источником инфицирования;
- 4. Проведение физиотерапии, гимнастики и массажа;
- 5. Профилактика и лечение инфекционных, воспалительных и некротических осложнений (гипостатическая пневмония, пролежни, инфекция мочевыводящих путей).

43.ПРАВИЛА ОБРАЩЕНИЯ С ТРУПОМ

- Констатация биологической смерти.
- Запись в истории болезни с указанием даты и времени смерти.
- С умершего снимают одежду и ценности, составляют опись.
- Умершего укладывают на спину на каталке. С помощью бинта подвязывают нижнюю челюсть, связывают руки и ноги.
- Делают надпись на бедре или прикрепляют бирку (ФИО, возраст, дата и время смерти, отделение).
- Труп накрывают простыней и на 2 часа оставляют в отделении.
- Транспортировка в морг.

44. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ:

Травма-это повреждение тканей, органов и частей тела в результате воздействия механических, термических, химических и других факторов.

Виды травм:

- Производственная и непроизводственная
- Изолированная и множественная
- Сочетанная и комбинированная

По характеру повреждения выделяют ранение, ожог, перелом и другие виды травмы.

ПЕРЕЛОМ -нарушение целостности кости, возникающее под воздействием внешней силы (травматический) или при изменениях в костной ткани вследствие опухолевой болезни, остеомиелита (патологический).

- врожденные и приобретенные, открытые и закрытые, полные и неполные. Со смещением и без смещения отломков.
- По линии перелома различают поперечные, косые, продольные, винтообразные или спиральные.
- В зависимости от зоны повреждения кости переломы бывают диафизарными, метафизарными и эпифизарными.

- **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ:**

- правильное оказание первой помощи до обращения в специализированное лечебное учреждение;
- • полноценная диагностика перелома с обязательным рентгенографическим исследованием в двух проекциях;
- • возможно раннее сопоставление костных отломков;
- • рациональная надежная фиксация сопоставленных костных отломков до наступления консолидации;
- • активное проведение мероприятий, способствующих процессам консолидации;
- • комплексное функциональное лечение

- **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:**

- Гипсовая иммобилизация
- Наложение скелетного вытяжения
- Внеочаговый остеосинтез

45.ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА УРОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ:

ПРИНЦИПЫ:

- 1.Чистая сухая постель
- 2.Беспрепятственный отток мочи по дренажам и катетерам в мочеприемники.
- 3.Частая смена повязок.
- 4.Контроль диуреза
- 5.Уход за цистостомой и катетерами.

46.УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ СО СВИЦАМИ.ВИДЫ ИСКУССТВЕННЫХ СВИЦЕЙ, ИХ ОСОБЕННОСТИ.

- **Свищ** - это отсутствующий в норме канал, который соединяет различные полости, а также полые органы между собой или с внешней средой.
 - **ТИПЫ:**
 - 1.врожденные
 - 2.приобретенные:
 - а.2)паталогические
 - б.2) специально наложенные
 - **ВИДЫ:**
 - трахеостома(трахея)
 - гастростома(желудок)
 - панкреостома(поджелудка)
 - илеостома(подвздошная кишка)
 - холецистостома и холедостома(желчные пути)
 - колостома(конец толстой кишки)
 - цистостома
- УХОД ЗА СТОМОЙ:** Защита кожных покровов вокруг стомы. Сохранение проходимости стомы. Восполнение потерь жидкостей. Кормление. Наложение обтураторов

47.УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО И ТОРОКАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ. ОСОБЕННОСТИ ДРЕНАЖЕЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ.

ПРИНЦИПЫ:

- 1.Купирование дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.
- 2.Тщательный мониторинг витальных функций.
- 3.Борьба с послеоперационным шоком.
- 4.Адекватное обезболивание
- 5.Кислородная поддержка
- 6.Аспирация содержимого бронхиального дерева.
- 7.Уход за плевральными дренажами.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ: головная боль тупого, давящего характера, иногда приступообразная пульсирующая боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой. Во время приступа головной боли пациенты бледны, пульс слабого наполнения, падает артериальное давление до 90/60 мм рт. ст. и ниже.

Проводится введение 2 мл 20 % раствора кофеина или 1 мл 5 % раствора эфедрина.

БОЛИ В СЕРДЦЕ. СТЕНОКАРДИЯ: Болевой приступ при стенокардии характеризуется сжимающей болью за грудиной, которая может возникнуть либо после физической нагрузки (стенокардия напряжения) либо в покое (стенокардия покоя).

Приема нитроглицерина. ((по 2—3 капли 1 % спиртового раствора или в таблетках по 0,0005 г).)

Болеутоляющий эффект дает внутримышечное введение 2 мл 50 % раствора анальгина.

СЕРДЕЧНЫЕ НЕВРОЗЫ: Боли при неврозах почти никогда не имеют четкой приступообразности, не связаны с физической нагрузкой, чаще носят ноющий или колющий характер, располагаются в области верхушки сердца. Боли появляются исподволь, длятся часами, иногда сутками, сохраняя монотонный характер и существенно не отражаясь на общем состоянии больного.

ВОЛЕДОЛ И НИТРОГЛЕЦИРИН

БОЛИ В СЕРДЦЕ. ИНФАРКТ МИОКАРДА :

Инфаркт миокарда — некроз участка сердечной мышцы, развивающийся в результате нарушения ее кровоснабжения. Непосредственной причиной инфаркта миокарда является закрытие просвета венечных артерий или сужение атеросклеротической бляшкой либо тромбом.

Основной симптом инфаркта — сильная сжимающая боль за грудиной слева. Боль иррадирует в левую лопатку, руку, плечо. Для снятия боли: нитроглицерина (по 0,0005 г в таблетке или 2—3 капли 1 % спиртового раствора) боль не снял, необходимо ввести промедол (1 мл 2 % раствора), или морфин (1 мл 1 % раствора) подкожно вместе с 0,5 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл кордиамина. внутривенное вливанию 1 мл морфина с 20 мл 40 % раствора глюкозы. Иногда ангинозные боли удается снять только с помощью наркоза с закисью азота в смеси с кислородом в соотношении 4:1, а после прекращения боли — 1:1.

Также для снятия болевого синдрома и предупреждения шока применяют фентанил по 2 мл 0,005 % раствора внутривенно с 20 мл физиологического раствора. В комплекс неотложных мероприятий в острой стадии инфаркта миокарда входит применение средств против острой сосудистой и сердечной недостаточности и антикоагулянтов прямого действия. При незначительном снижении артериального давления иногда достаточно кордиамина, кофеина, введенных подкожно.

Значительное падение артериального давления (ниже 90/60 мм рт. ст.), угроза коллапса требуют применения более мощных средств — 1 мл 1 % раствора мезатона или 0,5—1 мл 0,2 % раствора норадреналина подкожно. В этих случаях показаны также внутримышечные инъекции стероидных гормонов (30 мг преднизолона или 50 мг гидрокортизона) Нарушение ритма, особенно приступы тахикардии или мерцание предсердий, требуют применения антиаритмических средств, в частности 5—10 мл 10 % раствора новокаинамида внутривенно или внутримышечно. В стационаре: Госпитализация в ОРИТ

Сердечно-легочная реанимация. Минимум транспортировки. Откладывается санитарная обработка. Мониторинг витальных функций. Проведение тромболизиса

СЕРДЕЧНАЯ АСТМА:

1. Придать больному положение сидя (ортопноэ).
2. Дать пациенту нитроглицерин, если систолическое АД у больного не менее 100 мм рт.ст.
3. Начать оксигенотерапию через маску или носовой катетер.
4. Начать активную аспирацию (отсасывание) пенистой мокроты электроотсосом.
5. После придания больному положения сидя наложить на обе ноги на 15 см ниже паховой складки венозные жгуты (резиновые трубки или манжеты от тонометра) с целью депонирования крови в большом круге кровообращения и задержки притока её к лёгким (венозные жгуты можно наложить дополнительно также и на руки).
 - **В.В.!** Необходимо проверить, что пережаты только вены, -т.е. артериальный пульс ниже жгута должен сохраняться, а конечность должна стать цианотичной, но не белой. Через 15-20 мин жгут следует ослабить.
6. Снятие жгутов необходимо проводить последовательно в медленном режиме (сначала с одной конечности, через некоторое время с другой и т.д.).
7. С целью удаления части циркулирующей жидкости из кровотока и разгрузки малого круга кровообращения возможно кровопускание; допустимо использование горячих ножных ванн.
8. По назначению врача вводят внутривенно наркотические анальгетики, мочегонные средства, ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды и другие необходимые лекарственные средства.

ПОСТУРАЛЬНЫЙ ДРЕНАЖ:

1. ПОКАЗАНИЯ: заболевания, сопровождающиеся образованием большого количества мокроты.

2. ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ: больной принимает положение, при котором зона легких находится выше зоны бифуркации трахеи. В таком положении мокрота продвигается к выходу под действием силы тяжести, достигая места разветвления трахеи, что сопровождается усилением кашлевого рефлекса. Возникает непроизвольный кашель, и мокрота окончательно удаляется из дыхательных путей. Продолжительность процедуры составляет 20-30 минут.

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Процедуру следует незамедлительно прекратить при появлении удушья, выраженной одышки. Постуральный дренаж противопоказан при легочном кровотечении, остром инфаркте миокарда, декомпенсации сердечно-сосудистой недостаточности, тромбоэмболии легочных артерий, гипертоническом кризе, глаукоме, катаракте, ожирении 3 степени, коллапсе, внутричерепной гипертензии.

48-51.ПРОЛЕЖНИ.ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ. МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЛИЖНЕЙ. ПРЗИНАКИ ФОРМИРОВАНИЯ. СТАДИИ РАЗВИТИЯ. ПРОФИЛАКТИКА

Пролежень – омертвление кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей вследствие их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения, нервной трофики.

МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- лопатки
- крестец и копчик
- pr.spinosis
- локти
- задняя часть пятки
- колени
- голень
- верхний край крыла таза

ПРЗИНАКИ ФОРМИРОВАНИЯ:

- Отечность тканей. Бледность кожи. Покраснение участка кожи. Возникновение боли. Появление фликтен. Отторжение тканей, формирование некрозов.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПРОЛЕЖНЕЙ:

- 1) тяжёлое состояние больного, ограничивающее его подвижность и вызывающее нарушение кровоснабжения в подлежащих участках тела;
- 2) повреждение мягких тканей от трения, возникающего при перемещении больного, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью, и приводящего к травме кожи и более глубоких мягких тканей;
- 3) повреждение от сдвига, возникающее в том случае, когда кожные покровы не подвижны, а происходит смещение тканей, расположенных более глубоко (смещение больного от изголовья вниз и наоборот), - это приводит к нарушению микроциркуляции и повреждению кожи;
- 4) недержание мочи, кала;
- 5) общее истощение;
- 6) заболевание сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения;
- 7) заболевание центральной нервной системы;
- 8) сахарный диабет;
- 9) недостаточное содержание в пище жидкости, белка и витаминов;
- 10) наличие в постели влаги, крошек, складок, заплаток и швов на простыне;
- 11) снижение кровообращения в нижних и верхних конечностях и местах, плотно прилегающих к постели;
- 12) травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ:

- Степень I – ограничивается эпидермальным и кожным слоями. Кожный покров не нарушен. Наблюдается устойчивая гиперемия с синюшно-красными пятнами, не проходящая после снятия давления.
- Степень II - неглубокие поверхностные нарушения кожных покровов, распространяющаяся на подкожно-жировой слой. Сохраняется стойкая гиперемия с синюшно-бардовыми пятнами, происходит отслойка эпидермиса.
- Степень III – полное разрушение кожного покрова на всю его толщину до мышечного слоя с проникновением поражения в мышцу.
- Степень IV – поражение всех мягких тканей. Образование полости с повреждением в ней нежизнеспособных тканей вплоть до кости.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Матрац, простыни, нательное белье под больным должны быть чистыми, без складок, крошек. Грязное, мокрое белье следует незамедлительно менять.
2. Каждые 2 часа пациента поворачивают, меняют его положение в кровати, обрабатывают места возможного появления пролежней камфорным спиртом, проводят легкий массаж – поглаживание, похлопывание.
3. Под крестец больного подкладывают резиновый надувной круг, накрытый пленкой, под пятки – валики.
4. При появлении поверхностных повреждений кожи производят обработку 5% раствором перманганата калия.

52.УХОД ЗА КОЛОСТОМОЙ:

Цель. Предупреждение воспаления кожи вокруг колостомы.

Показания. Очищение после каждого выделения очередной порции кала.

УХОД:

1. Несколько шариков кладут в тазик и заливают перекисью водорода.
2. Берут шарик пинцетом, обрабатывают кожу вокруг выступающей части слизистой оболочки кишки красного цвета (колостомы) движениями от периферии к отверстию. Повторяют обработку несколько раз.
3. Обрабатывают кожу вокруг колостомы шариком, смоченным спиртом.
4. Шпателем на кожу вокруг колостомы наносят толстым слоем (0,5 см) изолирующую мазь или пасту.
5. Накладывают повязку: смачивают стерильную салфетку вазелиновым маслом, кладут на стому, а поверх нее - еще несколько салфеток с ватой.
6. Укрепляют повязку бинтами, а лучше с помощью бандажа или специального пояса.

53.ПРАВИЛА ПОСТАНОВКИ МОЧЕВОГО КАТЕТЕРА

ПОКАЗАНИЯ:

- 1) острая задержка мочи - невозможность акта мочеиспускания при переполненном мочевом пузыре;
- 2) промывание мочевого пузыря;
- 3) введение в мочевой пузырь лекарственных средств;
- 4) взятие мочи для исследования.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- 1) повреждение мочеиспускательного канала;
- 2) острый уретрит (острые воспалительные процессы мочеиспускательного канала);
- 3) воспалительные процессы мочевого пузыря, предстательной железы и половых органов у мужчин (уретрит, простатит, кавернит, орхоэпидидимит);
- 4) кровотечение при свежей травме мочеиспускательного канала.

54. ПРАВИЛА ПОСТАНОВКИ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА

- **ВООБЩЕ ПИЗДЕЦ КАК ЛЕНЬ ОПИСЫВАТЬ ДЕЛАЛИ НА ПРАКТИКЕ, ГЛАВНОЕ ПРОВЕРЯТЬ ЧТО ПОПАЛИ В ЖЕЛУДОК, А ТО ПРИДЕТСЯ ВЫЗЫВАТЬ ПОХАРОНУЮ ПРОЦЕССИЮ, И ДА ЭТО ДОРОГО, НО Я МОЛЧУ ПРО АДВОКАТА.**

55.УХОД ЗА ГАСТРОСОМОЙ

Цель. Предотвращение мацерации кожи вокруг стомы.

Показания. Выполняется после каждого кормления через гастростому.

После каждого введения пищи через гастростомическую трубку необходимо:

- 1) положить в тазик несколько ватных шариков и залить раствором фурацилина или перекиси водорода;
- 2) обработать шариками, надетыми на пинцет, кожу вокруг трубки, затем обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным спиртом;
- 3) нанести на кожу вокруг трубки с помощью шпателя изолирующую мазь;
- 4) наложить сухую асептическую повязку, для чего стерильную салфетку разрезают на две части до половины и, раздвинув, кладут вокруг трубки, вторую салфетку кладут с другой стороны;
- 5) зафиксировать повязку пластырем или с помощью пояса из ткани с отверстием для трубки.

56. УХОД ЗА ТРАХЕОСТОМОЙ

Цель. Освобождение трахеотомической трубки от слизи; обеспечение должного санитарного состояния трубки; уход за кожей вокруг трубки.

Показания. Ежедневный туалет 2 - 3 раза в сутки.

Уход:

- Каждые 2 - 3 ч в трахеотомическую трубку вливают две-три капли стерильного масла или 4% раствора натрия гидрокарбоната, чтобы она не забилась слизью. Извлекают канюлю из трубки 2 - 3 раза в сутки, очищают, обрабатывают, смазывают маслом и снова вводят в наружную трубку.
- Если пациент с трахеостомой сам не может хорошо откашляться, то периодически отсасывают содержимое трахеи. Для этого следует:
 - за 30 мин до отсасывания приподнять ножной конец кровати и сделать массаж грудной клетки;
 - за 10 мин до отсасывания слизи через трахеотомическую трубку влить 1 мл 2 % раствора натрия гидрокарбоната для разжижения слизи;
 - ввести в трахеотомическую трубку на 10-15 см стерильный трахеобронхиальный катетер;
 - соединить катетер с отсосом и отсосать скопившуюся слизь (или сделать это с помощью шприца Жане).
- Чтобы избежать мацерирования кожи вокруг трахеостомы, необходимо, не вынимая трубки, обрабатывать кожу. Для этого следует:
 - положить в стерильный почкообразный тазик достаточное количество ватных шариков и залить их раствором фурацилина;
 - используя стерильный пинцет, обработать кожу вокруг стомы шариками, смоченными фурацилином;
 - после обработки кожи антисептическим раствором нанести пасту Лассара или цинковую мазь, затем наложить асептическую повязку, для чего две стерильные салфетки разрезать до половины на две равные части и подвести под трубку с одной и другой стороны.

57. УХОД ЗА ЦИСТОСОМОЙ

Цель - предупреждение воспаления кожи вокруг цистостомы.

Показания - ежедневно после промывания мочевого пузыря.

Уход - через свищ проводят и оставляют в мочевом пузыре катетер Пеццера или Малеко, имеющий расширение на конце, препятствующее его выпадению. Манипуляцию выполняют в перчатках.

1. На водяной бане до +38 °С подогревают раствор фурацилина или нитрата серебра и набирают в шприц Жане 100 - 150 мл.
2. Отсоединяют контейнер для мочи от катетера Пеццера.
3. Присоединяют к катетеру шприц Жане и промывают мочевой пузырь раствором антисептика, выводя раствор после промывания в мочеприемник.
4. Промывают контейнер для мочи или берут новый и соединяют с катетером.
5. Кожу вокруг катетера обрабатывают раствором перекиси водорода с помощью ватных шариков, которые держат пинцетом.
6. Кожу вокруг цистостомы обрабатывают спиртом.
7. Накладывают сухую асептическую повязку. Для этого стерильную салфетку разрезают пополам до середины и кладут вокруг катетера. Так же подготавливают вторую салфетку и кладут с противоположной стороны.
8. Салфетки фиксируют лейкопластырем или биндом.

Примечание. Для лучшего оттока мочи через цистостому (эпистостому) рекомендуется поворачивать пациента со спины на бок если он сам не