**на тему:** Профессиональная деятельность медицинской сестры при местной гнойной хирургической инфекции в стационаре

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc34220472)

[ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ МЕСТНЫХ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ 7](#_Toc34220473)

[1.1. Этиология и патогенез гнойной инфекции 7](#_Toc34220474)

[1.2. Клинические проявления местных гнойных хирургических инфекций 14](#_Toc34220475)

[1.3. Особенности лечения гнойного воспаления 19](#_Toc34220476)

[ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С МЕСТНОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 26](#_Toc34220477)

[2.1. Характеристика хирургического отделения 26](#_Toc34220478)

[2.2. Сестринский процесс в хирургическом отделении при местной гнойной хирургической инфекции 29](#_Toc34220479)

[2.3. Анализ работы медицинской сестры хирургического отделения 33](#_Toc34220480)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 44](#_Toc34220481)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 46](#_Toc34220482)

[ПРИЛОЖЕНИЕ А 49](#_Toc34220483)

#

# ВВЕДЕНИЕ

Хирургические инфекции занимают одно из первых мест в структуре заболеваемости и летальности среди инфекционных и воспалительных патологий. Увеличение частоты и тяжести хирургических инфекций, недостаточная эффективность традиционных методов лечения обусловлена важностью данной проблемы, одной из главных в хирургии. Многие аспекты проблемы хирургических инфекций пересматриваются в связи с изменением отношений между микробными возбудитель и организм человека. Новая клиническая ситуация привела к увеличению трудностей в борьбе с этой патологией.

Довольно часто встречаются местные гнойные хирургические инфекции, которым посвящается эта работа. Изменение окружающей среды, условий жизни, питание, использование огромного арсенала антибактериальных средств приводят к тому, что возбудители местной хирургической инфекции модифицируются и приспосабливаются к новым условиям. Появились микроорганизмы, устойчивые к большинству антибиотиков, трансформируются пути, методы передачи и длительность стойкости в организме. Растет количество местных хирургических инфекций за счет представителей преходящей «нормальной» микрофлоры и оппортунистических микроорганизмов с нетипичными биологическими свойствами. Под воздействием экологических проблем, влиянием техногенных факторов и экономических трудностей также изменился и сам пациент. Теперь во многих случаях хирургические инфекции выражены не так ярко и остро, как раньше, количество их увеличивается, появляются атипичные и вялые формы болезней. Чаще стали встречаться иммунодефицитные состояния, влияющие на течение хирургической инфекции, что значительно усложняет диагностику и лечение. Надо заметить, что старые, как мир хирургические инфекции, все еще актуальны.

Проявление единства человека и окружающей среды – симбиоз с микроорганизмами. При нарушении биологического равновесия вследствие ослабления иммунологической резистентности макроорганизма, микрофлора, которая вегетирует, начинает проявлять свою патогенность. Микроорганизмы обладают высокой пластичностью и относительно легко адаптируются к изменениям условий внешней среды.

Современный период развития медицины характеризуется увеличением числа местных хирургических инфекций и послеоперационных гнойно – воспалительных осложнений. Это явление было зафиксировано повсюду в течение последних 30 – 40 лет. Этому служат причины, лежащие в основе иммунологических изменений сопротивления человеческого организма, а также причины, связанные с техническим прогрессом и, отчасти, успехами медицины. Возможность инвазии возбудителей местной хирургической инфекции увеличивается за счет роста травматизма, объема и продолжительности хирургических вмешательств, а также широкого применения различных технических средств – синтетических имплантатов, металлоконструкций, внутрисосудистых катетеров и т.д. Некоторое значение имеет и ослабление дисциплины хирургов в отношении строгого соблюдения принципов асептики, обусловленное надеждами на применение антибиотиков.

С хирургической инфекцией может столкнуться в повседневной жизни практикующая медсестра любой специальности, особенно та, которая имеет дело с инвазивными методами лечения, так как хирургическая инфекция влияет на пациентов любого возраста и социальной группы, как в больнице, так и в поликлинике.

Для оказания грамотной медицинской помощи пациентам с хирургической патологией медсестра должна знать пути распространения инфекции, виды хирургической инфекции, уметь подозревать серьезную местную гнойную хирургическую инфекцию. Кроме того, медсестра должна сосредоточиться на симптомах реакции организма на инфекцию, иметь представление о современных принципах лечения хирургической инфекции.

Хорошая теоретическая и практическая подготовка медсестер позволит правильно определить характер нарушения общего состояния больного вследствие хирургического заражения, подобрать адекватный метод оказания сестринской помощи, соответственно стадии воспаления, а в случае возникновения осложнений успеть заметить их и принять меры по их лечению.

Целью данной работы является определение особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры при местной гнойной хирургической инфекции.

Для достижения этой цели определены следующие задачи работы:

1. Выяснить общие вопросы местной гнойной хирургической инфекции;

2. Дать характеристику хирургическому отделению;

3. Рассмотреть особенности сестринского процесса в хирургическом отделении при уходе за пациентами с местной гнойной хирургической инфекцией;

4. Провести анкетирование пациентов для оценки профессиональной сестринской деятельности.

Объектом исследования является профессиональная деятельность медсестры.

Предметом исследования является деятельность медсестры при уходе за пациентами с местной гнойной хирургической инфекцией в стационаре.

Метод исследования:

* научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме (материалы лекций, учебники, статьи, нормативно – правовая база);
* эмпирическое – наблюдение, анкета, беседа, изучение медицинской документации.

Практическое значение работы: в уходе за больным хирургической инфекцией, особенно в острый период, важную роль играет сестринский процесс. Исход заболевания во многом зависит от отношений между медсестрой и пациентом, часто исход процесса зависит от взаимопонимания пациента и медсестры.

## ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ МЕСТНЫХ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

### 1.1. Этиология и патогенез гнойной инфекции

Гнойно – воспалительные заболевания имеют инфекционную природу, они вызываются различными видами возбудителей; аэробными и анаэробными, грамположительными и грамотрицательными, спорообразующими и неспорообразующими и другими видами микроорганизмов, а также патогенными грибами. При определенных условиях, благоприятных для развития микроорганизмов, причиной воспалительного процесса могут стать условно – патогенные возбудители. Группа микроорганизмов, которые являются причиной воспалительных процессов, называется микробной ассоциацией. Микроорганизмы могут проникать в рану, в зону повреждения тканей из внешней среды ‒ экзогенное инфицирование или из очагов скопления микрофлоры в самом организме человека ‒ эндогенное инфицирование [13, 15].

Наиболее частый возбудитель гнойно – воспалительных заболеваний ‒ стафилококки. Основным путем инфицирования стафилококками является контактный путь. В качестве источников экзогенного инфицирования чаще всего рассматриваются больные с гнойно – воспалительными заболеваниями. Источниками эндогенного инфицирования являются очаги хронического или острого воспаления в самом организме человека, или сапрофитные организмы, живущие на коже, слизистых оболочках носоглотки, носа, дыхательных путей, половых органов. Стафилококки характеризуются свойством выделять экзотоксины (стафилогемолизин, стафилолейцин, плазмакоагулаза и др.), а также высокой устойчивостью микроорганизмов к антибиотикам и химическим антисептикам. Чаше всего стафилококки являются причиной локализованных гнойно – воспалительных заболеваний кожи (фурункулы, карбункулы, гидрадениты и др.), а также абсцессов легких, остеомиелита, флегмоны и др., возможна общая гнойная инфекция – сепсис. Для стафилококкового сепсиса характерно появление метастатических очагов гнойной инфекции в различных органах.

В настоящее время стрептококки встречаются значительно реже, чем в период, предшествующий широкому внедрению антибиотиков. β – гемолитические стрептококки групп А, В, О могут стать причиной холецистита, пиелонефрита, сепсиса, рожистого воспаления, бактериального эндокардита, тяжелых инфекций у детей (пневмонии, остеомиелиты, менингиты, а также сепсис новорожденных).

Особенностью стрептококковой инфекции является сопровождающая ее тяжелая интоксикация, а при общей гнойной инфекции не образуются метастатические гнойные очаги.

Пневмококки чаще вызывают всего пневмонию, реже гнойные артриты, гнойные отиты, менингиты, пневмококковый перитонит у детей. Особенностью пневмококковой инфекции является отсутствие образования микроорганизмами токсинов.

Гонококки известны как возбудители гонореи, но, распространяясь восходящим путем, могут вызывать, аднекситы (сальпингоофориты), гнойный эндометрит, гнойный пельвиоперитонит ‒ воспаление брюшины малого таза, при переносе гематогенным путем вызывают гнойное воспаление в других органах ‒ гнойные артриты, гнойные синовиты и др.

Кишечная палочка чаще является возбудителем гнойно – воспалительных заболеваний органов брюшной полости ‒ холециститов, аппендицита, гнойного перитонита; может вызывать общую гнойную инфекцию – сепсис. Место обитания микроорганизма – кишечник человека. Существует кишечная палочка как в аэробных, так и анаэробных условиях, характеризуется высокой устойчивостью к антибактериальным препаратам [19, 21].

Особенностью вызываемого кишечной палочкой воспалительного процесса является наличие гнилостного распада тканей ‒ жировой клетчатки, кожи, мышц, сопровождающегося развитием тяжелой интоксикации. В очагах гнойного воспаления кишечная палочка может быть в ассоциациях со стрептококками, стафилококками. В этих случаях течение воспалительного процесса наиболее тяжелое.

Род микроорганизмов протей включает в себя грамотрицательные палочки, часть из которых является сапрофитами полости рта, кишечника; вызывают гнойное воспаление, протекающее с тяжелой интоксикацией, с гнилостным распадом мягких тканей при попадании в рану. Протей отличается высокой устойчивостью к антибиотикам и химическим антисептикам, встречается в очагах гнойного воспаления в ассоциациях с другими микроорганизмами, является опасным возбудителем внутрибольничных инфекций [15, 19].

Синегнойная палочка является сапрофитным организмом кожи человека, чаще встречается в местах обильного развития потовых желез. Этот микроорганизм является одним из возбудителей внутрибольничных инфекций в ожоговых отделениях и отделениях реанимации и интенсивной терапии. Синегнойная палочка развивается в условиях сниженной резистентности организма, подавляет регенерацию тканей, обладает высокой устойчивостью к химическим антисептикам и антибиотикам, кроме борной кислоты, карбенициллина, амикацина, полимиксина.

Неспорообразующие анаэробные микроорганизмы представляют большую группу возбудителей гнойно – воспалительных заболеваний, развивающихся в анаэробных условиях, но не образующих спор. Среди микроорганизмов этой группы наибольшее значение имеют грамположительные кокки (пептококки, пептострептококки и др.), грамотрицательные бактерии (фузобактерии, бактероиды и др.).

Неспорообразующие анаэробные микроорганизмы чаще вызывают гнойно – воспалительные осложнения после операций на органах брюшной полости, а также внутритазовые абсцессы, абсцессы легкого и мозга. Неспорообразующие анаэробы могут стать причиной воспалительных процессов самостоятельно, или в ассоциации с аэробными бактериями [13, 14, 15].

Анаэробные спорообразующие бактерии – клостридии – вызывают гнилостный воспалительный и некротический процесс – газовую гангрену. Для газовой гангрены характерна тяжелая интоксикация, развитие которой обусловлено как всасыванием продуктов распада тканей, так и действием бактериальных токсинов.

К анаэробным спорообразующим возбудителям относится палочка столбняка, являющаяся сапрофитным организмом кишечника домашних животных и человека. Попадая в почву, в виде спор может сохраняться длительное время. Загрязнение ран землей, содержащей споры палочки столбняка, может привести к развитию заболевания. Палочка выделяет сильные экзотоксины – тетаноспазмин и тетаногемолизин.

Для развития воспаления микроорганизмы должны проникать во внутреннюю среду организма через поврежденный эпителий кожи или слизистых оболочек. Неповрежденная кожа и слизистые оболочки являются надежным барьером, препятствующим проникновению микробов. Нарушение эпидермиса кожи или эпителия слизистых оболочек, которое способствует введению микробов, может быть результатом механической травмы, воздействия химических веществ, аллергических факторов, бактериальных токсинов и других повреждающих факторов. Размер повреждений не имеет решающего значения: микроорганизмы проникают во внутреннюю среду при значительном или крайне незначительном нарушении целостности покровов организма (микротравмах).

Через дефект эпителия микроорганизмы проникают в межклеточные щели, лимфатические сосуды и вместе с током лимфы проникают в глубокие ткани (подкожную жировую клетчатку, мышцы, лимфатические узлы и др.)

Распространение и развитие воспалительного процесса определяется соотношением количества и вирулентности проникающих микроорганизмов и иммунобиологических сил организма [19, 21].

Если количество микробных тел и их вирулентность невелики, а защитные силы организма не снижены, то воспалительный процесс либо не развивается, либо быстро прекращается, едва начавшись.

Большое влияние на развитие воспаления оказывают местные условия, определяющие состояние тканей в зоне введения микрофлоры. В участках тела с хорошо развитой сетью кровеносных сосудов и хорошим кровоснабжением микроорганизмы встречают значительную резистентность и, наоборот, легче развиваются там, где кровообращение недостаточное. Так, например, на голове и лице, где имеется плотная сеть кровеносных сосудов, гнойные процессы развиваются реже, чем в других областях тела.

Местные особенности тканевой резистентности также влияют на частоту и выраженность развития гнойно – воспалительных процессов. Очень большую устойчивость к микроорганизмам обеспечивают ткани тех участков тела, которые подвержены частым микробным или токсическим воздействиям. Например, в области промежности гнойные воспаления встречаются реже, чем в других регионах, и процессы регенерации здесь протекают быстрее.

Введение микроорганизмов сопровождается местными и общими проявлениями воспалительной реакции. Проникновение микроорганизма в ткани вызывает местную реакцию: сначала развивается артериальная гиперемия, затем венозный застой с образованием отеков, местное повышение температуры, появление болей, нарушение функции и т. д. Большое количество нейтрофильных лейкоцитов накапливается в воспалительном экссудате. У разных больных различна полнота проявлений, степень выраженности (яркости) локальных симптомов и скорость их развития, что зависит от состояния реактивности организма.

Различают гиперэргические, нормергические и анергические формы воспалительной реакции [19, 21].

У некоторых больных гнойно – воспалительный процесс быстро развивается, распространяясь на окружающие ткани, в том числе сосуды, с образованием обширных отеков, сгустков крови, вовлечением в процесс лимфатических сосудов и лимфатических узлов, развитием не только обширной местной, но и тяжелой реакции. Такая гиперэргическая реакция, несмотря на своевременное и адекватное лечение, часто приводит к смерти.

У других больных процесс развивается не так быстро. Воспалительный процесс охватывает меньше тканей, общая реакция выражается незначительным повышением температуры тела, изменением состава крови и т. д., не выражена, отек слабый. Такая нормергическая реакция на гнойную инфекцию и вызвавший ее местный гнойный воспалительный процесс достаточно легко устраняется своевременным и правильным лечением.

У некоторых больных местное гнойное воспаление протекает со слабо выраженной местной и общей реакцией. Воспаление в этих случаях ограничивается только локальными процессами (язва, абсцесс и другие), отек окружающих тканей практически отсутствует, не наблюдается лимфангита, лимфаденита, тромбоза, незначительного повышения температуры и т.д., Такие процессы слабовыраженных локальных и глобальных реакций легко поддаются лечению, а у части больных местные гнойные поражения ликвидируются без лечения.

Гнойный процесс может ограничиваться поверхностно расположенными тканями (абсцесс, фурункул, карбункул), распространяться по подкожной клетчатке, переходить на ткань по сосудам, что приводит к образованию обширного поражения и разрушению крупных участков кожи.

При наличии сильно вирулентной микробной флоры и слабой реакции организма возможны бактериемия и развитие генерализованной инфекции [14, 15, 21].

Гнойно – воспалительный процесс часто приводит к развитию интоксикации, которая вызывается различными причинами.

В очаге воспаления вследствие размножения, жизнедеятельности, гибели микроорганизмов выделяются бактериальные эндо – и экзотоксины, которые оказывают токсическое действие, всасываясь в кровь. Кроме того, распад тканей в очаге воспаления приводит к образованию токсических продуктов, а нарушения обмена веществ с преобладанием анаэробных процессов над аэробными способствуют накоплению в организме пировиноградной и молочной кислот. Из очага воспаления все эти токсические продукты попадают в кровь и влияют на деятельность жизненно важных органов – сердца, печени, головного мозга, почек и т. д. Вторым источником интоксикации является накопление в крови токсических продуктов жизнедеятельности организмов, что является результатом нарушения функции органов, выполняющих функцию детоксикации (почек, печени).

Развивающаяся эндогенная интоксикация проявляется токсемией и зависит от тяжести и распространенности гнойного воспаления, распада тканей.

Это обусловлено бактериемией, бактериальной токсемией, накоплением в крови токсических продуктов распада тканей – некротических тел, полипептидов, увеличением числа циркулирующих иммунных комплексов, образующихся при взаимодействии антиген – антител, повышением уровня протеолитических ферментов, выделяемых при распаде клеток (например, лизосомальные протеазы при распаде клеток).

У больных гнойно – некротическими заболеваниями чаще наблюдается гиповолемия олигоцитемического типа, которая напрямую зависит от тяжести общего состояния и степени интоксикации. В тяжелых случаях снижение ОЦК составляет 15 – 25%, объем плазмы крови – 7 – 10%, а объем крови – 8 – 15%. Несмотря на гиповолемию, объем циркулирующих белков изменяется в меньшей степени, но количество альбуминов крови у всех больных постоянно уменьшается. Одновременно увеличивается объем циркулирующих глобулинов в плазме крови [19, 21].

При гнойно – воспалительных заболеваниях изменяется кислотно – щелочное состояние и водно – электролитный баланс. В большей степени нарушения выражаются в тяжелом обширном гнойно – воспалительном процессе и тяжелом состоянии больного.

Таким образом, воспалительный процесс приводит к нарушению функции различных органов и систем, к серьезным изменениям в организме, что требует применения специальных лечебных мероприятий для профилактики и устранения развившейся интоксикации.

### 1.2. Клинические проявления местных гнойных хирургических инфекций

Клинические проявления гнойно – воспалительных заболеваний состоят из местных и общих симптомов. Местные проявления воспаления определяют стадию развития, характер и локализацию воспалительного процесса. Так, очаги воспаления (гнойные, воспалительные заболевания кожи, подкожных тканей, мышц и др.), расположенные поверхностно, или очаги с участием в воспалительном процессе кожи, расположенные в глубине тканей, характеризуются классическими симптомами воспаления – покраснением, возникающими в результате воспалительной гипертермии, отеков, повышения местной температуры, болей, нарушений функции органа. Степень выраженности местных клинических проявлений определяется распространенностью и выраженностью воспалительного процесса.

Воспалительный процесс во внутренних органах имеет характерные для каждого заболевания местные признаки, такие как гнойный плеврит, перитонит [14, 15, 19, 21].

При клиническом обследовании больных гнойно – воспалительными заболеваниями можно определить и фазу воспалительного процесса: при наличии других признаков воспаления плотное болезненное образование свидетельствует о фазе процесса в коже и подкожной клетчатке, мягких тканях и железистых органах, молочной железе, в брюшной полости. Размягчение инфильтрата, определяемое пальпацией, является положительным симптомом флуктуации, указывающим на переход инфильтративной фазы воспаления в гнойную.

Местными клиническими признаками прогрессирующего гнойного воспаления являются плотные болезненные образования поверхностных вен (тромбофлебит), покраснение в виде полос на коже (лимфангит), появление плотных болезненных образований в расположении регионарных лимфатических узлов (лимфаденит). Существует соответствие между общими клиническими признаками интоксикации и выраженностью местных симптомов воспаления: прогрессирование воспалительного процесса проявляется усилением местных и общих проявлений интоксикации и воспаления.

Клиническими признаками общей реакции организма на воспаление являются озноб, повышение температуры тела, возбуждение или, наоборот, вялость больного. В крайне тяжелых случаях может развиться помутнение сознания, а иногда и его потеря. При гнойно – некротическом воспалении у больного развиваются слабость, общее недомогание, снижение АД, учащение пульса, головная боль, признаки печеночной недостаточности, выраженные изменения состава крови, почечная недостаточность, застой в малом круге кровообращения. В зависимости от характера, распространенности, локализации воспаления и особенностей реакций организма эти симптомы могут быть выраженными или дискретными.

При хирургической инфекции температура тела может достигать 40°С и выше, появляются частые головные боли и озноб, резко снижается процент гемоглобина и количество эритроцитов, увеличивается количество лейкоцитов, в тяжелых случаях до 25,0–30,0 х 109. Увеличивается количество глобулинов и уменьшается количество альбумина в плазме крови, пропадает аппетит у больных, определяются белки и цилиндры в моче, нарушается функция кишечника, задерживается стул. Развивается интоксикация, что приводит к нарушению функции органов кроветворения, что приводит к анемии и значительным изменениям состава белой крови: происходит изменение лейкоцитарной формулы влево (уменьшение количества сегментно – ядерных форм и увеличение нейтрофилов), появляются элементы незрелой формы. Воспалительные процессы характеризуются резким повышением скорости оседания эритроцитов. Следует отметить, что повышение СОЭ появляется в начале процесса и обычно наблюдается долгое время после устранения воспаления. Иногда развиваются гепатит и спленомегалия, появляется желтушный цвет склеры [10, 13].

Все эти изменения проявляются в сильной степени при резко выраженной общей (гиперэргической) реакции организма на хирургическую инфекцию; если реакция средняя или слабая, то эти изменения могут быть умеренными или даже дискретными. Однако общие проявления сопровождаются любым местным воспалительным процессом. При гнойной инфекции эти проявления имеют клиническую картину, очень похожую на сепсис и некоторые инфекционные заболевания (тиф, бруцеллез, паратиф, туберкулез и др.). Поэтому таким больным требуется тщательное клиническое обследование, одной из важных целей которого является определение первичного гнойного очага, входных ворот гнойных микроорганизмов. У больных с местным воспалительным процессом с острой реакцией необходимо не только помнить о возможности инфекционного заболевания, но и устанавливать наличие или отсутствие бактериемии повторными посевами крови. При отсутствии клинического улучшения после хирургического вмешательства на первичном очаге инфекции обнаружение бактерий в крови свидетельствует о наличии сепсиса, а не только реакции на местный гнойный процесс.

Основное отличие сепсиса от общей реакции организма на гнойный процесс состоит в том, что при вскрытии гнойного очага и создании условий для хорошего дренажа все симптомы его ослабевают или резко исчезают; симптомы сепсиса после этого почти не меняются. Для правильной оценки состояния больного, характера развития воспаления и прогноза возможных осложнений большое значение имеет определение степени общей реакции на местную гнойную инфекцию.

Клинические признаки эндогенной интоксикации зависят от степени ее выраженности: чем тяжелее интоксикация, тем она выраженная. При легкой степени интоксикации отмечается бледность кожи, при тяжелой степени кожа приобретает землистый оттенок; определяются гиперемия лица, акроцианоз. Пульс частый, до 100 – 110 ударов в 1 минуту, в тяжелых случаях более 130 в 1 минуту, артериальное давление снижается. Развивается одышка, число дыхательных движений достигает 25 – 30 в 1 минуту, а при тяжелой интоксикации – более 30 в 1 минуту [19, 21].

Важным показателем интоксикации является нарушение функций центральной нервной системы: перед торможением или психическим возбуждением с развитием токсемии вначале возникает легкая эйфория. При оценке тяжести интоксикации важно определение диуреза: при тяжелой интоксикации уменьшается количество мочи, в крайне тяжелых случаях развивается острая почечная недостаточность с выраженной олигурией или даже анурией.

Среди лабораторных анализов, характеризующих интоксикацию, важное значение имеет повышение уровня мочевины, циркулирующих иммунных комплексов, полипептидов и протеолитической активности сыворотки крови. Тяжелая интоксикация проявляется также смещением влево лейкоцитарной формулы, нарастанием анемии, появлением токсического зерна элементов формы крови, развитием гипо – и диспротеинемии.

Для уточнения диагноза гнойно – воспалительных заболеваний используются специальные методы исследования – пункция, клинические и биохимические лабораторные исследования крови, мочи, экссудата, рентгенологические и эндоскопические методы.

Микробиологические исследования позволяют не только определить тип возбудителя, его патогенные свойства, но и выявить чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. При комплексном обследовании больных гнойно – воспалительными заболеваниями важно определение иммунологического статуса для проведения целенаправленной и селективной иммунотерапии [13, 19].

Своевременное и комплексное хирургическое лечение острых хирургических ран и заболеваний в сочетании с рациональной антибиотикотерапией не только способствует сокращению числа больных гнойной инфекцией, но и существенно изменяет классическое течение гнойной некротической болезни.

В настоящее время, когда при поступлении больного в стационар широко применяются антибиотики, иногда даже без рецепта врача, редко наблюдаются запушенный гнойные процессы (гнойный плеврит, гнойный аппендицит, эмпиема желчного пузыря, перитонит, флегмона, мастит и др.)

Отмеченные известные изменения клинических проявлений гнойного процесса могут значительно осложнить диагностику, особенно при скрытом расположении очага в области живота, грудной клетки, полостей. Не только комплексное обследование больных гнойно – воспалительными заболеваниями позволяет установить диагноз заболевания, определить характер и распространенность воспалительного процесса.

### 1.3. Особенности лечения гнойного воспаления

Местное лечение больных острыми гнойными заболеваниями выполняет задачи:

* Ограничение дальнейшего распространения местного воспалительного процесса и явлений некроза тканей;
* Уменьшение всасывания продуктов бактериального и тканевого распада из гнойного очага в кровь, то есть уменьшение интоксикации организма;
* Увеличить отток гноя из очага воспаления наружу и тем самым помочь организму освободить его от микробов и их токсинов;
* Ускорение процессов заживления;
* Уменьшение или полное прекращение боли.

Основные принципы местного лечения гнойного очага:

1. На стадии инфильтрации в острый процесс накладывают влажные повязки с антисептическими растворами. При снижении гиперемии и отеков – сухие и влажные согревающие компрессы, физиотерапия.

2. На стадии нагноения необходимо вскрыть и слить гнойный очаг с удалением гноя и некротических тканей, отечности. Гной берется для бактериологического исследования (определяется тип флоры, чувствительность к антибиотикам).

3. Дренаж полости раны пассивный или активный.

4. Применение антисептических средств для санации гнойного очага при вскрытии и для лечебных повязок на стоках.

6. Обеспечить отдых –постельный режим.

7. После очищения послеоперационной раны от гноя – повязка водорастворимыми мазями для улучшения заживления раны. Рана заживает вторичным напряжением.

Иммобилизация пораженной части тела – важнейший принцип местного лечения гнойного очага. Иммобилизация обеспечивается постельным режимом. Иммобилизация продолжается до полного исчезновения общих и местных воспалительных явлений. В этом случае необходимо обеспечить наибольший комфорт для пациента.

Местное применение антибиотиков, сульфаниламидов, антисептиков и антимикробных препаратов. При местном применении антибиотиков они поражают только микробы, расположенные в области раны или гнойного очага. В этих случаях антибиотики достаточно долго остаются в тканях воспалительного очага и медленно всасываются, а потому в этом очаге достаточно высокая концентрация антибиотика сохраняется в течение относительно длительного периода времени. Лечебный эффект антибиотиков не ослабляет наличие гноя, продуктов распада тканей, крови и т. д. Местное применение антибиотиков рекомендуется при гнойных процессах, имеющих ограниченный характер или развивающихся в замкнутых полостях. Для местного применения используют растворы, мази или пасты, порошки и аэрозоли.

Хирургические вмешательства являются частой и необходимой мерой при лечении больных самыми разнообразными гнойными заболеваниями.

Показано хирургическое лечение:

* При наличии явного скопления гноя с явлениями зыбкости (флуктуации);
* При неудачном консервативном лечении гнойной болезни на ранних стадиях в течение 2 – 3 дней, особенно при ее прогрессировании.

Чаще всего хирургическое вмешательство заключается во вскрытии гнойного очага, то есть в производстве одного или нескольких разрезов, что позволяет удалить большую часть гноя из абсцесса, осмотреть его полость и проконтролировать его заживление. Наиболее редкими являются другие виды хирургических вмешательств, например, удаление (иссечение) пораженных участков с их гнойным воспалением, ампутация конечностей и др.

Хирургическая операция – вскрытие абсцесса – обычно проводится под общим наркозом (инфильтрационная анестезия применяется редко, так как может способствовать распространению инфекции, а эффективность анестетиков в очаге воспаления снижается).

Разрез делается по всей длине воспалительного инфильтрата.

После вскрытия очага определяется наличие некротических тканей, затем они иссекаются, определяется наличие гнойных полостей и далее они вскрываются, определяется состояние соседних органов, которые были причиной или участвовали в гнойном процессе. Обследование гнойной полости не всегда возможно. В таких случаях обязательно необходимо провести осмотр полости пальцем. Операция при гнойном воспалении может заключаться в полном удалении гнойного очага (иссечение небольшого абсцесса в здоровых тканях при гнойном мастите, абсцессе подкожной клетчатки и т.)

После вскрытия гнойного очага чаще всего наносят сухую повязку или повязку гипертоническим раствором натрия хлорида или сульфата магнезии.

В некоторых случаях при нарыве на большой глубине или при наличии гнойных карманов необходим дренаж гнойной полости для создания условий, благоприятствующих лучшему оттоку гноя. Для этой цели используются марлевые салфетки, резиновые трубки или еще более тонкие трубки из поливинилхлорида. При более глубоких абсцессах целесообразно поменять марлевые тампоны для дренажа или еще лучше – тонкие резиновые или хлорвиниловые трубочки, через которые можно промыть полость абсцесса, например растворами антисептиков или антибиотиков.

После вскрытия абсцесса температура обычно снижается до нормальных цифр, улучшается общее состояние и исчезает боль. В первые дни после вскрытия гнойного очага происходит значительное гнойное выделение из раны. В это время следует использовать влажные стерильные повязки с гипертоническими растворами или антибиотиками. Можно наложить повязки мазью Вишневского. Перевязки делаются ежедневно.

При обильной смачивающей повязке необходимо менять верхние слои повязки 2 – 3 раза в день. По мере ослабления воспалительных явлений повязки меняются реже – 1 раз в 2 – 3 дня.

С появлением первых грануляций следует перейти на еще более редкие повязки, а в это время применяются различные мазевые повязки с антибактериальным и антисептическим действием.

При эпителизации краев раны применяют мазевые повязки для стимуляции регенерации – метилурациловую мазь, облепиховое масло, солкосериловый гель и др.

Для успокоения воспалительного процесса и ускорения процессов заживления применяют различные физиотерапевтические процедуры: ванны с горячей водой, ультрафиолетовое облучение, УВЧ. Физиотерапевтические процедуры оказывают противовоспалительное, обезболивающее, рассасывающее действие, улучшают кровообращение, способствуют заживлению процессов патологического очага. После ослабления острых воспалительных явлений больному назначают лечебную гимнастику, что особенно показано, когда воспалительный процесс может привести к потере функции пораженной конечности.

Основные принципы общего лечения:

1. Антибактериальная терапия с определением чувствительности флоры к антибиотикам, выбором способа введения препарата – через рот, в/м, в / в, внутривенно, в/а, эндолимфатически и др.

2. Борьба с интоксикацией – применение простых методов детоксикации (обильное питье, очищение кожи), инфузионной терапии с введением большого количества соли, гемодеза и др.; Применение методов сорбционной терапии вплоть до плазмафереза, экстракорпоральной детоксикации.

3. Применение препаратов, повышающих иммунитет – переливание компонентов крови, гипериммунная плазма, введение гаммаглобулина, УФ – облучение и др.

4. Симптоматическое лечение для повышения защитных сил организма.

При проведении комплексной медикаментозной терапии хирургическая инфекция основывается на индивидуальных особенностях больного и изменяет лечение в зависимости от степени выраженности общих и местных проявлений. При назначении лечения необходимо учитывать природу и вид патогенного микроба, его устойчивость к антибиотикам, общее состояние больного и его возраст, характер местного процесса, его расположение и стадию развития.

Детоксикационная терапия направлена на решение проблем пациента, вызванных интоксикацией. Методы борьбы отличаются повышением их сложности.

Методы детоксикации:

* Обильное питье: обеспечивать обильное потребление жидкости – витаминные напитки, щелочные напитки и т.
* Инфузия солевых растворов и заменителей крови с детоксикационным действием: раствор Рингер – Локк, дисол, Трисол, физиологический раствор, Гемодез, неогемодез и др.
* Форсированный диурез с учетом введенной и выводимой жидкости.
* Перитонеальный диализ
* Операция по переливанию крови.

При гнойном воспалительном процессе развивается интоксикация, часто снижается сопротивляемость организма – снижается уровень выработки антител, снижается фагоцитарная активность. Снижение иммунитета также усугубляется длительным применением антибактериальных препаратов.

Для активации используются:

* Методы иммунокоррекции – биологическая сорбция, УФО.
* Вещества, активизирующие иммунитет – интерферон, левомизол, препараты тимуса – тимолин, Тимоген, Т – активин.
* Заместительная терапия: свежая кровь и ее компоненты (лейкоцитарная и тромбоцитовая масса); сыворотки и анатоксины (антистафилококковая плазма, антистафилококковая гамма – глобулин); интерлейкины, созданные генной инженерией.

Таким образом, инфекционный процесс вызывается различными группами микроорганизмов: грамположительными, грамотрицательными, аэробными, анаэробными. Гнойное воспаление вызывается преимущественно стрептококками и стафилококками. Для развития воспаления гноеродные микроорганизмы должны проникнуть во внутреннюю среду организма через поврежденный эпителий кожи или слизистых оболочек. Большинство микроорганизмов, вызывающих инфекционные процессы в хирургии, являются сапрофитными организмами и становятся патогенными при снижении иммунного статуса макроорганизма.

Хирургические инфекции имеют общую характерную клиническую картину, включающую пять основных признаков воспаления: покраснение, припухлость, боль, повышение температуры, снижение функции органа. Внедрение микроорганизмов сопровождается местными и общими проявлениями воспалительной реакции. Проникновение микроорганизма в ткани вызывает местную реакцию, которая выражается, прежде всего, изменениями состояния сосудов нервно – рефлекторной природы: сначала развивается артериальная гиперемия, затем венозный стаз с образованием отека, местным повышением температуры, появлением болей, нарушением функции и т. д. В воспалительном экссудате накапливается большое число нейтрофильных лейкоцитов. У разных больных различны полнота проявлений, степень выраженности (яркость) местных симптомов и быстрота их развития, что зависит от состояния реактивности организма.

## ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С МЕСТНОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

### 2.1. Характеристика хирургического отделения

Работа проводилась на базе отделения хирургии.

В многопрофильной больнице клинической межрайонной больницы более трех тысяч пациентов ежемесячно получают все виды специализированных медицинских услуг: скорую, экстренную, неотложную, высокотехнологичную медицинскую помощь, восстановительное лечение и реабилитационные процедуры после тяжелых заболеваний.

Основными задачами больницы являются круглосуточное оказание высококвалифицированной медицинской помощи, внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе порядков оказания медицинской помощи и ее стандартов.

Первичное обследование больного при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни, требующих неотложной медицинской помощи, проводится не позднее чем через 2 часа после поступления больного в приемное отделение медицинской организации.

Перспективами развития стационарной помощи, доступности, повышения качества и эффективности является совершенствование единой системы маршрутизации пациентов в соответствии с трехуровневой системой организации здравоохранения с формированием поэтапной системы ухода, основанной на медицинских стандартах и процедурах. Информация обо всех мероприятиях больницы должна храниться в единой базе данных.

Команда в больнице сплоченная, ответственная, высококвалифицированная. Растущий профессиональный уровень сотрудников позволяет внедрять новые медицинские технологии, современные методы диагностики и лечения.

Вся медицинская помощь оказывается с соблюдением Федеральных стандартов лечения и диагностики, также оказываются отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи.

Сегодня хирургическое отделение межрайонной клинической больницы является многопрофильным отделением. Здесь лечат больных общего хирургического профиля, занимающихся детской хирургией, урологическими заболеваниями. 1 января 2015 года – день открытия отделения сердечно – сосудистой хирургии. Здесь проводят эндоваскулярные вмешательства, хирургическое лечение и «гибридные» операции у пациентов с сосудистой патологией с поражением основных и периферических артерий нижних конечностей.

Техническое оснащение хирургического отделения позволяет проводить различные виды хирургических вмешательств, в том числе малоинвазивные (эндовидеохирургические) операции.

Получив статус клинической, центральная районная больница стала практической базой всех медицинских вузов Петербурга, что дало новые возможности для диагностики и лечения. В хирургическом отделении проводятся клинические совещания с участием главного хирурга. После обхода происходит общее обсуждение тактики ухода за больными. Часто во проводятся региональные конференции по различным аспектам хирургических вмешательств, включая видеоконференции, где для этого имеются все технические возможности и профессиональный персонал.

Прорыв в функционировании хирургического отделения произошел за последние пять лет. Изменения начались с открытия в больнице в конце 2011 года полностью отремонтированного операционного блока с тремя операционными комнатами, идеально оборудованными для проведения операций с использованием современных медицинских технологий.

Отделение хирургии оказывает специализированную медицинскую помощь пациентам с хирургической инфекцией в круглосуточном режиме – 24 часа в сутки (7 дней в неделю), а также в праздничные и выходные дни.

В отделении выполняются экстренные, отсроченные и плановые оперативные вмешательства, а также различные виды консервативного лечения.

Всего за 2019 год пролечено 134 пациента с гнойной хирургической инфекцией (табл.1)

Таблица 1 – Распределение пациентов с местной гнойной хирургической инфекцией на отделении в 2019 году

|  |  |
| --- | --- |
| Хирургическая патология | Количество пациентов |
| Фурункулы | 26 |
| Карбункулы | 8 |
| Абсцессы мягких тканей | 37 |
| Гнойные заболевания пальцев, кисти, стоп | 17 |
| Флегмоны: конечностей, брюшной стенки, забрюшинного пространства, грудной клетки, шеи | 20 |
| Гематомы | 5 |
| Гидрадениты | 8 |
| Маститы, кисты молочной железы | 9 |
| Гнойный лимфаденит | 4 |
| Всего | 134 |

Для лечения данной патологии в хирургическом отделении используется дифференцированный подход к выбору тактики лечения. Таким образом, местные препараты на первой стадии раневого процесса должны помочь удалить лишний экссудат, очистить гной и некротические ткани при одновременном подавлении микрофлоры и стимулировании восстановительных процессов. На втором или третьем этапе раневого процесса (развитие грануляционной ткани и эпителизация) препараты должны защищать раневую поверхность от вторичной инфекции и стимулировать процессы репарации. Кроме того, хирург должен учитывать эстетические аспекты гнойных ран, то есть всегда стремиться к достижению минимальных рубцовых изменений кожи. С этой целью используются различные местные фармакологические препараты, современные готовые повязки с лечебными свойствами, соответствующими стадиям раневого процесса. Основу системной фармакотерапии при лечении хирургических инфекций составляют антибактериальные средства и препараты, направленные на улучшение микроциркуляции пораженного участка.

Далее рассмотрим, как осуществляется сестринский уход в хирургическом отделении при гнойной хирургической инфекции.

### 2.2. Сестринский процесс в хирургическом отделении при местной гнойной хирургической инфекции

Сестринский процесс при уходе за пациентом с гнойной хирургической инфекцией состоит из пяти этапов: осмотр медсестры, выявление проблем пациента, планирование и реализация плана сестринского ухода, оценка реализации плана медсестры [10, 11, 12, 21].

Осмотр медсестры и оценка состояния пациента: медсестра обращает внимание при осмотре на местные изменения, вызванные воспалением тканей: гиперемию, отек, боль, местную лихорадку. Он также определяет наличие боли, дискомфорта, оценивает цвет кожи и видимых слизистых оболочек и изменяет функции органов в связи с наличием данного заболевания. Медсестра спрашивает пациента о первых симптомах болезни и других проблемах со здоровьем. Медсестра устанавливает и регистрирует основные показатели (температуру тела, частоту сердечных сокращений и дыхания, сердечные тоны, параметры артериального давления) для определения общего состояния больного, выявляет желание лечиться в стационаре, уровень тревожности, наличие плохого настроения.

При гнойных хирургических инфекциях чаще всего возникают жалобы на боли в области очага воспаления, ослабление двигательной или иной функции больной части тела, отеки, повышение температуры, нарушение аппетита, сна. Часто больные жалуются на головные боли, лихорадку, озноб, потливость, нарушения функции кишечника – задержку стула и газов.

Для диагностики заболевания важно установить точную локализацию болей, время их возникновения, характер и интенсивность. Так, например, постоянная и нарастающая боль характерна для многих воспалительных заболеваний. Иногда боль пульсирующая, тянущая, что характерно для панариция. Интенсивность болей зависит от характера, степени развития и расположения воспалительного очага, а также индивидуальных особенностей больного.

При сборе анамнеза необходимо интересоваться температурой тела больного и колебания с начала возникновения болезни. Важно знать, сопровождалось ли повышение температуры другими распространенными болезненными явлениями – головной болью, потерей аппетита, ознобом и т.

При наличии жалоб или объективных признаков больного следует расспросить о деятельности различных органов и систем организма. Необходимо выяснить, как, внезапно или постепенно, и когда началась болезнь, предшествовали ли ей другие болезни или повреждения. Если возникновение заболевания напрямую связано с той или иной травмой, необходимо определить характер повреждений и оказанную медицинскую помощь.

При некоторых заболеваниях необходимо задуматься о профессии больного, условиях его труда и быта. Это особенно важно при наличии гнойничковых заболеваний кожи.

Определение проблем пациента в остром периоде или обострение хронического процесса при хирургической инфекции позволяет выявить и поставить следующие диагностические диагнозы:

* слабость, сонливость вследствие развития интоксикации;
* повышение температуры тела за счет развития воспалительных процессов;
* бледность кожи, связанная с интоксикацией;
* отсутствие аппетита из – за интоксикации;
* в месте локализации отек и гиперемия тканей;
* неуверенность, беспокойство, страх, связанный с предстоящей госпитализацией;
* снижение физической активности, вызванное слабостью;
* нарушения сна из – за развития основного заболевания;
* боль в области воспаления вследствие развития гнойно – некротического процесса.

Планирование ухода, необходимого пациенту, и реализация плана ухода включают:

* выполнение назначений врача в соответствии с листом назначения;
* обеспечить пациенту физиологический отдых;
* уменьшение боли в области воспаления;
* оказание психологической и эмоциональной поддержки;
* снижение риска осложнений;
* организация диетического питания;
* поддерживать температуру тела в пределах нормы.

Сестринский процесс при местной хирургической инфекции представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Сестринский процесс при местной хирургической инфекции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фаза, стадия, проблемы пациента | Цель  | Действия медсестры | Мотивация |
| ВоспаленияИнфильтрация: боль, отек, гиперемия, повышение температуры, нарушение функции | Рассасывание инфильтрата | Обеспечение новокаиновой блокады с антибиотиками Согревающие мазевые компрессыФизиотерапияЛечебная иммобилизация | Уменьшение боли и количества микробовУлучшение кровообращения, уничтожение микробовСоздание покоя |
| Абсцедирования:Пульсирующая больРазмягчение в центре инфильтрата | Эвакуация гнояУничтожение микробовУдаление мертвых тканей | Обеспечение операции по вскрытию гнойникаПрименение антисептических растворовАдекватное дренирование Повязки с антисептическими растворамиЧастые перевязки + физиотерапия.Лекарственные препаратыдля перевязок: • Гипертонические растворы• Водорастворимые мази• Протеолитические ферментыАнтисептикиОбеспечение лечебной иммобилизации | Создание оттока гнояПромывание полостиУничтожение микробовСвоевременное удаление гноя, мертвых тканей |
| РегенерацииНаличие грануляций | Подавление инфекцииРост грануляций | Редкие, щадящие перевязки физиотерапевтические процедуры | Профилактика повреждения грануляцийУничтожение микробовПодавление инфекцииУлучшение кровообращенияСтимуляция регенерации |
| ЭпителизацииДефект кожи | Ускорение эпителизации и формирования рубца | Перевязки с индифферентными и стимулирующими мазями + физиотерапияОбеспечение наложения вторичных швов, кожной пластики | Ускорение рубцевания |

Последний шаг – оценка ухода. Медсестра сама определяет, были ли достигнуты ожидаемые результаты. Медсестра оценивает качество оказываемой помощи, реакцию пациента на уход, полученные результаты.

В уходе за больным с местной хирургической инфекцией, особенно в острый период, важную роль играет сестринский процесс. Он помогает медсестре понять важность и важность ее деятельности. Исход заболевания во многом зависит от отношений между медсестрой и пациентом, часто исход процесса зависит от взаимопонимания пациента и медсестры.

### 2.3. Анализ работы медицинской сестры хирургического отделения

На базе хирургического отделения мной было проведено социологическое исследование, целью которого являлся анализ профессиональной деятельности сестринского персонала, по мнению пациентов. Всего в исследовании приняли участие 15 пациентов с гнойной хирургической инфекцией (7 мужчин и 8 женщин) в возрасте 25 – 50 лет.

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов по полу и возрасту

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Мужчины | Женщины | Всего |
| 25 – 30 лет | 4 | 2 | 6 |
| 31 – 40 лет | 2 | 2 | 4 |
| 41 – 50 лет | 1 | 4 | 5 |
| Всего | 7 | 8 | 15 |

Из таблицы 3 видно, что среди пациентов преобладают пациенты в возрасте 25 – 30 лет (6 чел.), среди которых больше мужчин (4 чел.). У женщин гнойные инфекции чаще встречались в возрасте 41 – 50 лет. Среди пациентов по нозологическим формам пациенты распределились следующим образом: абсцесс – 6 человек, флегмона – 3 человека, фурункул – 4 человека, нагноившаяся атерома – 2 человека.

Анкетирование пациентов проводилось анонимно, больным предлагалось ответить на 10 вопросов анкеты (см. приложение А).

Результаты ответа пациентов на вопрос о времени, затрачиваемом медсестрой на пациента, показаны на рисунке 1.

Рисунок 1 – Результаты ответа на вопрос о времени, затраченном на пациента

На рисунке 1 показано, что большинство пациентов (7 человек) считают, что медсестра тратит не менее 3 часов в день на манипуляции, проводимые пациентом.

При этом, по мнению большинства пациентов, в течение указанного периода времени медсестры взаимодействуют с пациентом 20 – 30 раз (рис.2).

Рисунок 2 – Количество взаимодействий между медсестрами и пациентами

Результаты ответа на вопрос о знании правил внутреннего распорядка хирургического отделения показаны на диаграмме 3.

Рисунок 3 – Знакомство с правилами внутреннего распорядка

На рисунке 3 показано, что большинство пациентов были проинформированы медсестрами о внутренних правилах хирургического отделения. Однако около трети пациентов не ознакомились с этими правилами. Это может быть связано с перегрузкой медсестер или невниманием к этому.

Подавляющее большинство пациентов (10 человек) оценили качество манипуляций, выполняемых медсестрами (рис.4), 4 пациента сочли их удовлетворительными, 1 пациент оценил качество неудовлетворительным.

Рисунок 4 – Оценка качества манипуляций медсестер

Высокая оценка качества манипуляций медсестер, несомненно, указывает на хорошую профессионально – техническую подготовку медсестер, работающих в отделении хирургии.

Недовольство качеством выполнения манипуляций медсестер может быть обусловлено как психологическими особенностями пациентов, так и особенностями действий медсестер.

Связь между недовольством пациентов и непрофессионализмом медсестер требует повышенного внимания к профессиональному отбору медсестер, работающих в отделении.

Рисунок 5 – Результаты ответа на вопрос «Довольны ли вы качеством ухода?»

Большинство пациентов (12 человек) довольны качеством ухода, 1 человек выразил недовольство, остальные (3 человека) указали «иное», не объяснив, к сожалению, свое отношение к этому.

Согласно результатам опроса, значительная часть пациентов считает, что медсестры должны уделять пациентам больше времени (рис.6). треть пациентов отмечают, что времени достаточно. Среди комментариев к ответам было высказано предположение, что с увеличением штата медсестер в отделении они могут уделять больше времени пациентам.

Рисунок 6 – Нужно ли уделять больше времени пациентам

Когда вы отвечаете на вопрос «если это займет больше времени, чему следует посвятить в первую очередь?» респонденты могут указать несколько ответов. В общей сложности было получено 29 ответов.

Больные в первую очередь считают, что нужно больше времени уделять общению, во вторую – уходу. Ни один из пациентов не отметил, что на манипуляции следует уделять больше времени (рис. 7).

Рисунок 7 – Распределение дополнительного времени

Никто из респондентов не столкнулся с конфликтными ситуациями с медицинским персоналом отделения во время пребывания в больнице (диаграмма 8).

Рисунок 8 – Конфликтные отношения с медсестрами

Хотелось бы отметить, что обоснованность претензий пациента к медсестре можно оспорить, но в любом случае это работа медсестры. Современный этап развития сестринского дела рассматривает медсестру не только как технического исполнителя назначений врача, но и в определенном смысле как психолога, поскольку именно медсестры отделения проводят с пациентом больше всего времени. Любая болезнь – стрессовая ситуация для больного, особенно если она требует лечения в стационарных условиях и не всегда безболезненных манипуляций.

Медсестрам нужны знания в области психологии общения, этики и этики. Даже прекрасно выполненная манипуляция может произвести негативное впечатление, если она сопровождается неправильным поведением медсестры. В связи с этим обучение медсестер по психологии, этике, этике требует больше времени. Как показали результаты анкетирования, сестринский персонал хирургического отделения в полной мере обладает всеми необходимыми качествами.

На рисунке 9 показана оценка пациентами роли медсестры в эффективности лечения пациентов.

Рисунок 9 – Оценка пациентами роли медсестры в эффективности лечения пациентов

Согласно результатам опроса, большинство пациентов считают, что роль медсестер в эффективном лечении важна.

Сравнение ответов на заданный вопрос с ответами на вопрос о необходимости уделять каждому пациенту дополнительное время показывает, что между ответами существует связь. Пациенты, которые считают, что роль медсестры в эффективности лечения важна, чаще отмечали необходимость уделять больше времени. Напротив, те, кто считает, что роль медсестры в эффективном лечении не особенно важна, чаще утверждали, что дополнительное время не требуется.

Результаты опроса показывают, что все пациенты получили информацию от сестринского персонала о своем заболевании, особенностях ухода и профилактики (диаграмма 10).

Рисунок 10 – Информирование пациентов о заболевании

Результаты ответа на вопрос «Получили ли Вы информацию о своем заболевании от сестринского персонала?» ясно показывают, что пациенты достаточно информированы о ходе заболевания, проблемах ухода и профилактики.

Таким образом, работа медсестры хирургического отделения при уходе за пациентами с местной гнойной хирургической инфекцией очень сложна и имеет множество особенностей, теоретических аспектов, которые необходимо знать при работе в отделении.

Вопрос повышения качества работы медсестры отделения актуален особенно в наши дни, когда точность и качество выполняемых перевязок часто зависят от результата сестринского процесса. Медсестра должна знать организацию работы отделения, правила асептики и антисептики, строго соблюдать их при различных манипуляциях и грамотно проводить перевязки. Профессиональная деятельность медсестер подчиняется соответствующим требованиям, с учетом которых необходимо разработать новые подходы к повышению качества и оптимизации их работы и деятельности сестринских служб в целом.

Опрос пациентов показал, что все пациенты довольны качеством обработки и ухода. Это свидетельствует о том, что персонал на отделении работает грамотный и высококвалифицированный.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате этой работы можно сделать следующие выводы:

1. Анализ литературы показывает, что большинство литературных источников, посвященных хирургической инфекции, сосредоточены на вопросах этиологии, патогенеза, лечения больных, медикаментов и хирургических вмешательств. Роль медсестры в уходе за больными хирургической инфекцией практически не обсуждается в современной литературе. Даже литературные источники, в которых упоминаются обязанности медсестер, обычно указывают на них в общих чертах, уделяя больше внимания послеоперационному уходу и необходимым манипуляциям и процедурам. Описание роли медсестер в отделении гнойной хирургии ограничивается цитатами или ссылками на описания должностей.

2. Важность роли медсестры в лечении больных местной хирургической инфекцией определяет актуальность работ, посвященных важности работы медсестер в отделениях хирургии. Медсестра должна знать организацию работы отделения, правила асептики и антисептики, строго соблюдать их при различных манипуляциях и грамотно проводить перевязки. Профессиональная деятельность перевязочных медсестер подчиняется соответствующим требованиям, с учетом которых необходимо разработать новые подходы к повышению качества и оптимизации их работы и деятельности сестринских служб в целом.

3. В результате опроса и наблюдения удалось установить, что медсестры большую часть времени посвящают выполнению назначений врачей, выполнению различных манипуляций и контролю основных жизненных признаков пациентов. При этом на уход за больными и общение с ними (ответы на вопросы больных и профилактические беседы) отводится гораздо меньше времени.

4. Результаты опроса показали, что пациенты адекватно оценивали количество и продолжительность их взаимодействия с медсестрами. При этом большинство опрошенных считают, что пациентам нужно больше внимания, а для этого требуется большее количество медсестер в отделении хирургии.

5. Согласно результатам опроса, большинство пациентов считают, что роль медсестер в эффективном лечении важна.

Сравнение ответов на вопрос о роли медсестры в лечении с ответами на вопрос о необходимости уделять каждому пациенту дополнительное время показывает, что между ответами существует связь. Пациенты, которые считают, что роль медсестры в эффективности лечения важна, чаще отмечали необходимость уделять больше времени. Напротив, те, кто считает, что роль медсестры в эффективном лечении не особенно важна, чаще утверждали, что дополнительное время не требуется.

6. Эту работу можно рассматривать как ориентир для дальнейшего исследования различных аспектов работы медсестер с пациентами с местной гной хирургической инфекцией и выработки более конкретных рекомендаций по повышению их эффективности.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. N 541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 24 декабря 2010 г. N 1182н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями"
3. Приказ Минздрава СССР от 12.07.1989г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»
4. Приказ Минздрава СССР от31.07.1978г. № 720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»
5. Приказ МЗ СССР № 288 от 23.03.76 "Об утверждении инструкции о санитарно – противоэпидемическом режиме больниц".
6. Аксенов В.А., Методические указания "Современные подходы к дезинфекции кожных покровов и слизистой". Москва, 2001 г.
7. Балабанова Т.И, Гревцова Н.А, Панчук П.В. Сборник для аттестации операционных сестер. 2–е переработанное и дополненное издание СПб 2001 – 83с.
8. Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. Сестринское дело в хирургии. Учебник. Ростов н/Д: Фе – никс, 2010.
9. Н.В. Барыкина, В.Г. Зарянская. Сестринское дело в хирургии. Практикум. Ростов н/Д: Феникс, 2010.
10. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук. – Минск : МЕТ, 2010. – 320 с.
11. Васильев К.Д, Еремин С.Р Рекомендации по мытью и антисептики рук. Перчатки в системе инфекционного контроля 2004 – 54с.
12. Вардосанидзе С.Л., Пучкина Н.Е. "Организация инфекционного контроля в ЛПУ" – Здравоохранение. – 2000. – 4. – с.26 – 29.
13. Джерлей Б.Н. Справочник операционной и перевязочной сестры. Издательство АСТ Донецк: "Сталкер", 2004. – 637с..
14. З.В. Дмитриева, А.И. Теплова Теоретические основы сестринского дела в хирургии. Учебник. С – Пб. СпецЛит 2010
15. Евсеев М. А. Уход за больными в хирургической клинике: учебное пособие / М. А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 192 с.: ил.
16. Зуева Л.П. Рекомендация по мытью и антисептике рук 2004 – 38с.
17. Камынина, Н.Н. Модель компетенций руководителя сестринской службы / Н.Н. Камынина // Экономика здравоохранения. – 2011. –№ 5/6.–С.61–65.
18. Кучеренко, В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. – 2011. – №5/6. – С. 5–11.
19. С.А. Мухина, И.И. Тарновская. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учеб. пос. – 2 – е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 512 с: ил.
20. Национальные рекомендации «Диагностика и лечение микозов в отделениях реанимации и интенсивной терапии». – М.: Боргес, 2010. – 92 с.
21. Плечев В.В., Мурысева Е.Н., Тимербулатов В.М., Лазарева Д.Н. – М., "Триада Х", 2003. – 320 с. "Профилактика гнойно – септических осложнений в хирургии"
22. Романова, А.П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А.П. Романова, Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20–24.
23. «Сведения о деятельности стационара» отчетная форма №14 за 2012 – 2014 гг.
24. Сепсис: классификация, клинико – диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 352 с.
25. Савенко С.М. "Как решить проблему внутрибольничной инфекции" . – Врач. – 2003. – 3. – с.34 – 35.
26. Семина Н.А. "Внутрибольничные инфекции как проблема безопасности". – Вести. рос. АМН. – 2002. – 10. – с.48 – 50.
27. Уход за хирургическими больными: учебное пособие для аудиторной работы студентов / В.А. Агеенко, В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская, И.Ю. Олейников – Иркутск: тип. Иркутского гос. мед. ун–та, 2011. – 50 с.

# ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета для пациентов

**1. Как вы считаете, сколько времени затрачивается медицинскими сестрами в сутки на каждого пациента?**

а. Менее 30 минут

б. Более 30 минут, но менее одного часа

в. Более 1, но менее 3 часов.

г. Более 3, но менее 5 часов

д. Более 5 часов

**2. Как вы считаете, сколько раз за сутки пациент взаимодействует с мед сестрами?**

а. 10 и менее

б. Более 10, менее 20

в. Более 20, менее 30

г. Более 30

**3. Были ли Вы ознакомлены медсестрой с правилами внутреннего распорядка отделения?**

а. да

б. нет

**4. Как Вы оцениваете качество сестринских манипуляций?**

а. высокое

б. удовлетворительное

в. неудовлетворительное

**5. Довольны ли Вы качеством сестринского ухода?**

а. да

б. нет

в. иное

**6. Как вы считаете, требуется ли выделение большего времени на каждого пациента?**

а. Да

б. Нет

**7. Если требуется больше времени, то чему бы его следовало уделить в первую очередь:**

а. Уходу (гигиена, кормление и др.)

б. Манипуляциям (измерение АД, сахара в крови, инъекции и т.п.)

в. Общению (ответы на вопросы, профилактические беседы)

г. Больше времени не требуется

**8. Были ли у Вас конфликтные ситуации с медсестрами?**

а. да

б. нет

в. если да, укажите причину конфликта

**9. Как вы оцениваете роль медсестры в эффективности лечения пациентов?**

а. Очень важна

б. Важна

в. Не очень важна

г. Незначительна

д. Медсестра никак не влияет на эффективность лечения

10. Получили ли Вы информацию о своем заболевании от сестринского персонала?

а. да

б. нет

в. иное