



# **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ**

**ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО**

**Под редакцией В.К. Лядова**

практическая медицина

УДК 616-083(075.32)  
ББК 51.1я723  
С-33

Утверждено Решением Учебно-методического  
совета ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России  
«26» ноября 2018 г.

**Рецензенты:** руководитель отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний абдоминальной области МРНЦ им. А.Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ, канд. мед. наук Л.О. Петров;  
доцент кафедры неотложной и общей хирургии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, канд. мед. наук В.Г. Андреев

С-33 Сестринское дело в хирургии и хирургической онкологии : Учебное пособие / Под ред. В.К. Лядова [Р.Р. Агеев, Д.З. Кярова, А.А. Гасанова и др.]. — М.: Практическая медицина, 2020. — 112 с.

ISBN 978-5-98811-609-7

Цель учебного пособия — помочь медицинским сестрам и учащимся медицинских колледжей освоить основные манипуляции и принципы сестринского ухода в условиях современного высокотехнологического онкохирургического отделения. Содержание пособия соответствует федеральным образовательным стандартам высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело (уровень бакалавриата)» и среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

В пособии даны рекомендации по проведению сестринских манипуляций в хирургии и хирургической онкологии, рассмотрены особенности работы с современными материалами и устройствами для ухода за пациентами, катетерами, дренажами, а также описаны подходы к эффективной реабилитации пациентов в рамках стандартизированных протоколов послеоперационного ведения.

Учебное пособие разработано и подготовлено специалистами кафедры онкологии с участием сотрудников Управления научно-методической и образовательной деятельности в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу.

Предназначено для медицинских сестер, фельдшеров, учащихся медицинских колледжей, врачей хирургических специальностей.

Рубрикация по МКБ-10: класс II. Новообразования.

УДК 616-083(075.32)  
ББК 51.1я723

ISBN 978-5-98811-609-7

© ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2020  
© практическая медицина, 2020

# ОГЛАВЛЕНИЕ



<b>АВТОРЫ</b>	<b>7</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>9</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>11</b>
<b>Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ</b>	<b>13</b>
<i>Лядов В.К., Кулешова Н.Н.</i>	
1.1. Структура сестринской службы в современной плановой хирургии	13
1.2. Представление о протоколах ускоренного выздоровления	17
1.3. Пребывание пациента в стационаре. Роль медсестры-координатора	19
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>21</b>
<b>Глава 2. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ БОЛЬ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ</b>	<b>23</b>
<i>Оганесян А.В.</i>	
2.1. Задачи и принципы послеоперационного обезболивания	23
2.2. Мультиmodalная анальгезия	24
2.3. Основные группы препаратов для обезболивания	27
2.4. Регионарная анальгезия	29
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>30</b>
<b>Глава 3. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ</b>	<b>31</b>
<i>Конева Е.С., Камалова А.Г.</i>	
3.1. Основные задачи послеоперационной реабилитации	31
3.2. Активизация	32
3.3. Дыхательная гимнастика	34
3.4. Нагрузочная спирометрия	35
3.5. Физиотерапия	35
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>36</b>

<b>Глава 4. ПИТАНИЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ</b>	<b>37</b>
<i>Кярова Д.З.</i>	
4.1. Общие представления о недостаточности питания	37
4.2. Энтеральное питание	39
4.3. Парентеральное питание	41
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>44</b>
<b>Глава 5. ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И УХОД ЗА РАНАМИ</b>	<b>45</b>
<i>Лядов В.К., Григорьева И.А.</i>	
5.1. Профилактика инфекционных осложнений в хирургии	45
5.2. Послеоперационная рана. Виды швов. Снятие швов	50
5.3. Правила работы в перевязочном кабинете	50
5.4. Вакуум-ассистированное ведение раны	52
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>56</b>
<b>Глава 6. УХОД ЗА КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ</b>	<b>57</b>
<i>Заботина Е.А.</i>	
6.1. Общее представление о кишечных стомах	57
6.2. Средства для ухода за стомой	58
6.3. Правила ухода за стомой	62
6.4. Осложнения, связанные с наличием стомы	66
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>68</b>
<b>Глава 7. УХОД ЗА ТРАХЕОСТОМОЙ</b>	<b>69</b>
<i>Агеев Р.Р., Мартынович С.М.</i>	
7.1. Общие сведения о трахеостоме и трахеостомических трубках	69
7.2. Трахеостомические осложнения	70
7.3. Алгоритм ведения пациента с трахеостомой	72
7.4. Уход за трахеостомой	73
7.5. Санация дыхательных путей	74
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>76</b>
<b>Глава 8. УХОД ЗА УСТРОЙСТВАМИ ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА</b>	<b>77</b>
<i>Цепенщиков Л.В., Заботина Е.А.</i>	
8.1. Центральный венозный катетер	77
8.2. Периферически имплантируемый центральный венозный катетер	80
8.3. Порт-катетер	84
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>89</b>

<b>Глава 9. УХОД ЗА КАТЕТЕРАМИ И ДРЕНАЖАМИ</b>	<b>91</b>
<i>Гасанова А.А., Ибрагимова М.Н.</i>	
9.1. Периферические венозные катетеры	91
9.2. Общие сведения о дренажах и зондах	95
9.3. Назогастральный зонд. Промывание желудка	96
9.4. Торакальные (плевральные) дренажи	96
9.5. Абдоминальные дренажи	98
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	<b>99</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>101</b>
<b>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ</b>	<b>103</b>
<b>ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ</b>	<b>105</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ. ПРИМЕРЫ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ</b>	<b>107</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>109</b>
<b>ДЛЯ ЗАМЕТОК</b>	<b>111</b>

# Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ РАБОТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

*В.К. Лядов, Н.Н. Кулешова*



## 1.1. СТРУКТУРА СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ

Современная хирургия основана не только на точной диагностике и мастерстве хирурга. Наилучшие результаты лечения возможны тогда, когда все этапы лечения — подготовка к операции, оперативное вмешательство и послеоперационный период — проводятся обученными специалистами на основе доказательных данных. Так, в ходе многочисленных исследований показано, что эффективное обезболивание после операции, ранняя активизация и раннее начало питания позволяют пациенту восстановиться в течение нескольких суток даже после обширных операций, связанных с удалением части легкого, желудка, печени, поджелудочной железы, кишечника.

Внедрение данного подхода, получившего в российской практике название «концепция ускоренного выздоровления пациентов», ведет к увеличению количества пациентов и повышению интенсивности работы койки. В то же время наш опыт показывает, что традиционная организационная структура среднего и младшего медицинского персонала хирургического отделения не соответствует тем требованиям, которые предъявляет к медицинской сестре столь интенсивная работа.

В качестве иллюстрации приводим опыт организации сестринской службы в отделении онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России в 2014–2016 гг. До начала работы по внедрению концепции ускоренного

выздоровления и повышению интенсивности работы в отделении (25 коек) работал один сестринский пост в составе постовой медицинской сестры, процедурной медицинской сестры и одной санитарки. Повышение интенсивности работы привело к увеличению количества ежедневно поступающих и выписывающихся пациентов.

В условиях возрастающего числа пациентов палатные медицинские сестры все чаще сопровождают их в операционные; столько же пациентов медицинский персонал забирает в отделение из палаты пробуждения и интенсивной терапии. Большинство пациентов на 1–2-е сутки после оперативного вмешательства направляются в сопровождении медицинской сестры на различные виды контрольного обследования или в центр восстановительной медицины для занятий лечебной физкультурой.

Пациенты после обширных оперативных вмешательств поступают в отделение с эпидуральными и центральными катетерами, помпой для внутривенной анальгезии и (или) аппаратом для контролируемой пациентом анальгезии (КПА). Контроль за катетерами и аппаратами КПА является большой дополнительной нагрузкой для процедурной медицинской сестры. Сокращение длительности пребывания пациентов в отделении реанимации также резко повышает нагрузку на процедурную сестру, поскольку объем инфузии в день операции или 1-е сутки после нее обычно значительно выше, чем в последующие дни. При этом нагрузка на перевязочную

медицинскую сестру возрастает незначительно, что позволяет ей страховать постовую или процедурную, однако требует постоянного переключения на выполнение задач, не входящих в круг обязанностей сестры перевязочной.

Необходимость проводить лечение в ранние сроки после обширных операций приводит к увеличению числа лекарственных средств в отделении и, соответственно, повышает потребность в списании медикаментов и расходных материалов. Большого внимания старшей сестры отделения требует увеличение числа историй болезни и выдаваемых больничных листов, что отвлекает от контроля за работой медицинского персонала.

Все вышеперечисленное привело к тому, что медсестры и санитарки отделения перестали успевать качественно и своевременно выполнять свои обязанности, поэтому регулярно получали за это замечания от врачей и администрации. Качество работы медицинских сестер не устраивало и пациентов: при анализе замечаний или пожеланий пациентов во время регулярных опросов многие пациенты отмечали недостаточно внимательное отношение среднего медицинского персонала, частое отсутствие медицинской сестры на посту, необходимость длительного ожидания медицинской сестры для решения каких-либо вопросов. При анализе этих замечаний стало очевидно, что в большинстве случаев в основе этих жалоб лежала объективная невозможность для среднего и младшего медицинского персонала эффективно работать в условиях резко возросшей нагрузки.

В результате было принято решение о реорганизации структуры сестринской службы. Был разработан и проведен ряд мероприятий, позволивших освободить медицинских сестер отделения от выполнения обязанностей, казавшихся традиционными, но тем не менее не являющихся обязательными для выполнения именно медицинской сестрой. Целью описанных ниже изменений было создание ситуации, при которой медицинская сестра могла бы посвящать большую часть

рабочего времени непосредственно уходу за пациентом.

В структуру отделения была введена ставка санитаря транспортной службы: функцией работников этой службы является транспортировка пациентов в операционную и обратно в профильное отделение, сопровождение пациентов в консультативные или лечебные кабинеты, доставка при необходимости медицинской документации, гистологических препаратов и др. Доставка стерильного материала в перевязочные кабинеты, забор инструментария из стерилизационного отделения, доставка медикаментов из аптеки в отделение были переданы в ведение хозяйственной службы.

Модификация работы среднего и младшего медицинского персонала в отделении заключалась в отказе от стандартной схемы «постовая + процедурная + перевязочная медицинские сестры + санитарка» и переходе на схему «постовая + постовая + постовая медицинские сестры + младшая медицинская сестра по уходу за больными + 0,5 ставки санитарки-уборщицы» в день и минус одна постовая сестра в ночную смену. При такой схеме работы одна из остающихся на ночь медсестер формально является старшей по смене, помогая менее опытной коллеге и контролируя обработку режимных кабинетов. Как было указано выше, в дневную смену ежедневно по рабочим дням (5 дней в неделю) на пост выходит санитар транспортной бригады.

При такой схеме работы и наличии 24–25 коек в отделении каждая постовая медицинская сестра в дневное время получает на курацию 7–8 пациентов и полностью отвечает за весь объем необходимых манипуляций, начиная от контроля за младшим персоналом при проведении мероприятий по уходу и заканчивая контролем за своевременностью и правильностью выполнения пациентом упражнений, рекомендованных специалистом по лечебной физкультуре. По окончании дневной смены одна из постовых сестер передает своих пациентов двум остающимся сестрам. Мы считаем, что кура-

ция одной сестрой 11–12 пациентов в ночное время позволяет обеспечить необходимый уровень сестринского ухода.

В функциональные обязанности постовой медицинской сестры входят все виды инъекций, обработка и контроль за состоянием катетеров и дренажей, проведение перевязок под контролем врача или самостоятельно, раздача таблетированных препаратов, активизация пациентов, проведение парентерального и энтерального питания и др. Подобная организация работы требует модификации должностных инструкций постовой медицинской сестры, графиков работы режимных кабинетов и порядка их генеральных уборок.

При подготовке к переходу на эту схему была проделана значительная работа по обучению медицинских сестер, вовлечению их в процесс обсуждения необходимости перемен и направления этих перемен. Для изучения различных схем работы среднего медицинского персонала несколько медицинских сестер отделения прошли обучение в учебных центрах для среднего медицинского персонала в университетских клиниках Германии и Швейцарии. Главная медицинская сестра университетской хирургической клиники г. Гейдельберг (Германия) провела две недели в отделении, передавая свой опыт и обучая медицинских сестер особенностям работы по новой схеме. Повторная двухнедельная стажировка в клинике Гейдельберга была проведена для медицинских сестер, уже начавших работать по новой схеме, с целью повышения профессиональных навыков. В отделении ежемесячно проводилось обучение среднего медицинского персонала силами врачей отделения.

Для удобства работы и повышения контроля за правильностью выполнения назначений разработана новая формализованная форма листа назначений, в каждой палате размещены прикроватные информационные табло, заполняемые ежедневно во время обхода медицинскими сестрами и доступные пациентам и их родственникам (рис. 1).

Для облегчения работы медсестер в каждой палате имеются небольшие настенные

шкафчики с наиболее часто используемыми расходными материалами (шприцы, наклейки, антисептик). В перевязочном кабинете на каждом посту имеется тележка, заполненная расходными материалами. С ее помощью палатные медсестры, в соответствии с положениями СанПиН, проводят большинство чистых перевязок и смен калоприемников в палатах, в то время как «грязные» и сложные перевязки (например, смена повязок для вакуумной терапии ран) проводятся в перевязочной.

Необходимо отметить, что подобное изменение схемы работы сестринской службы влечет за собой необходимость изменений в организации работы врачей отделения. Расширение зоны ответственности медицинской сестры требует более высокого уровня организации работы врача. Утренние врачебно-сестринские пятиминутки могут быть заменены на ежедневный совместный врачебно-сестринский обход под контролем заведующего отделением. В течение такого обхода медсестры обязаны отчитаться по состоянию пациентов и получить назначения на день. Врачи после обхода заполняют листы назначений с рекомендациями, в том числе по двигательному режиму, нутриционной поддержке, необходимым исследованиям. Медсестры дежурной смены, получив назначения, передают дежурство следующей смене непосредственно по палатам у постели больного, параллельно заполняя информационные табло у каждого пациента в зависимости от выданных назначений.

Надо отметить, что отказ от процедурных и перевязочных медсестер резко повышает степень вовлеченности всех сотрудников в лечебный процесс. У каждой медсестры появляется единый перечень обязанностей, что позволяет избежать внутренних конфликтов из-за неравномерной рабочей нагрузки. Постоянная ответственность медицинской сестры за пациента в целом, а не только «инъекции/перевязки/препараты», заставляет ее быть помощником и даже в определенной степени «контролером» работы врача. Медсестра, видя пациента значительно чаще, имеет

Фамилия, Имя, Отчество: _____		Дата: _____
_____		День п/о: _____
Стоп (диета): _____ Питье: _____		
Активность: _____ Спирометр: _____		
Положение в кровати: _____		
<b>КОНТРОЛЬ ПОКАЗАНИЙ:</b> <input type="checkbox"/> t°c (Температура) <input type="checkbox"/> P (пульс) <input type="checkbox"/> СРБ		
<input type="checkbox"/> АД <input type="checkbox"/> дренажи <input type="checkbox"/> диурез <input type="checkbox"/> глюкоза крови каждые _____ часа		
Смена повязок: _____		
Процедуры / Исследования		Непереносимость лекарств / Аллергия
		Замечки / Прочее
М/с: _____		
Лечащий врач: _____		

Рис. 1. Прикроватное информационное табло

возможность обратить внимание врача на изменения в состоянии пациента, скорректировать по согласованию с врачом какие-либо моменты лечения и ухода, эффективнее контролировать направление пациента на исследования и процедуры.

Подобная организация работы позволяет медицинской сестре быть помощником врача в лечении больного, а не механическим исполнителем его указаний. Безусловно, это требует постоянного повышения квалификации и тесного взаимодействия с врачебным коллективом. По нашему опыту, сами медсестры, вначале критически относящиеся к предложенным изменениям из-за опасения

не справиться с возросшей ответственностью, в конечном счете работают с большим удовлетворением. При этом в качестве основного положительного момента отмечают возросшую степень контакта с пациентом, которая приносит удовлетворение и становится важным элементом в работе.

Позитивные сдвиги замечают и сами пациенты: в отзывах гораздо чаще появляются хорошие слова о медицинских сестрах, исчезают жалобы на невнимательное отношение со стороны среднего или младшего персонала. Напротив, многие пациенты особо отмечают роль медицинской сестры в их лечении и восстановлении после операции. Для нас

именно это является показателем правильности выбранного курса на повышение квалификации медсестер и их широкое участие в организации ухода за пациентом.

## 1.2. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПРОТОКОЛАХ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Хирургическое вмешательство вне зависимости от его травматичности несет серьезную физическую и психологическую нагрузку для пациента. Различия в тактике ведения пациента, которые зачастую имеют не только между лечебными учреждениями, но и между врачами внутри одного коллектива, затрудняют работу медицинских сестер и восстановление пациентов. В конце XX века хирург, профессор Королевского госпиталя в Копенгагене (Дания) Хенрик Келет (Henrik Kehlet) показал, что внедрение в каждодневную практику стандартизированных детальных протоколов ведения пациентов позволяет резко уменьшить число послеоперационных осложнений и повысить эффективность послеоперационного восстановления больных. Российское общество хирургов для описания этого подхода рекомендует термин «протоколы ускоренного выздоровления» (ПУВ).

Причина такого результата в том, что стандартизированные ПУВ разрабатываются на основании современных доказательных исследований. Эти работы позволяют оценить эффективность той или иной врачебной

или сестринской манипуляции. Благодаря такому подходу удалось отказаться от целого ряда устаревших и ненужных хирургических, анестезиологических, сестринских представлений, которые на протяжении десятилетий определяли тактику ведения пациентов.

Например, было показано, что подготовка кишечника с помощью клизм или слабительных средств не влияет на заживление кишечных анастомозов, как считалось ранее, и не должна применяться, за исключением редких, специально оговоренных ситуаций (например, операции на нижнем отделе прямой кишки). В то же время подготовка кишечника с помощью слабительных у пожилых и ослабленных пациентов может повлиять на электролитный состав крови и потенциально повысить число осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Очевидно также, что отказ от трудоемкой подготовки кишечника облегчает работу медицинских сестер и избавляет пациента от неприятной процедуры.

Современные стандартизированные протоколы охватывают пред-, интра- и послеоперационный период, которые объединены термином «периоперационное ведение» больного (**табл. 1**). Обществом по ускоренной послеоперационной реабилитации (ERAS — Enhanced Recovery After Surgery) предложены варианты ПУВ после операций на толстой кишке, поджелудочной железе, мочевом пузыре, матке и др. Их можно найти на сайте [www.erassociety.org](http://www.erassociety.org).

**Таблица 1.** Стандартизированный алгоритм периоперационного ведения пациентов при лапароскопических резекциях ободочной кишки

### *Сутки до операции*

Информирование больного и родственников. *Проводят хирург/лечащий врач и медсестра-координатор.*

Лекарственная профилактика ТЭО. *Например, подкожная инъекция непрямого антикоагулянта в профилактической дозировке за 12 часов до планируемого начала операции. Проводит палатная медсестра по назначению врача!*

Подготовка кишечника, предоперационное голодание, премедикация: НЕ проводятся