

© И.С. Котова, 2013

## МЕДСЕСТРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ОБЩИМ ОПЕРАЦИОННЫМ БЛОКОМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

**И.С. Котова**, старшая медсестра  
Городская клиническая больница № 7, Москва  
E-mail: kotova.intern@gmail.com

**Дан анализ работы медсестер гинекологического отделения с общим операционным блоком в многопрофильной больнице.**

**Ключевые слова:** многопрофильная больница, отделение гинекологии, медсестры, организация работы.



В последнее время частота гинекологических заболеваний неуклонно возрастает. Пренебрежение правилами гигиены, частые переохлаждения, аборт и другие эндогенные и экзогенные причины приводят к тому, что 90% женщин России имеют нарушения деятельности половой сферы.

В результате неправильного применения контрацептивных средств, снижения иммунитета и как следствие – стертой клинической картины женщины не придают должного внимания недомоганиям, предпочитают не обращаться за помощью и лечиться дома, что приводит к воспалительным заболеваниям, нарушению менструального цикла, осложнениям во время беременности вплоть до выкидыша, бесплодию, раковым заболеваниям. Патологические процессы в половых органах нередко осложняются кровотечением, что вызывает быстрое ухудшение состояния и при отсутствии немедленной медицинской помощи угрожает жизни.

Помощь экстренным больным в гинекологическом отделении отличается тем, что важно спасти не

только жизнь женщины, но и сохранить ее детородную функцию.

Чтобы выполнить это условие, каждый медицинский работник должен быть готов не только произвести стандартные действия, но и оценить индивидуальные особенности женщины, найти оптимальный способ лечения в условиях крайнего дефицита времени.

Изучение оказания медицинской помощи женщинам актуально, так как подход к организации гинекологической помощи и охране репродуктивного здоровья должен быть комплексным. Для создания комплексной системы организации гинекологической помощи необходимо изучить разные ее этапы, в том числе – и стационарный.

### Анализ деятельности гинекологического отделения № 17 Городской клинической больницы (ГКБ) № 7

В табл. 1 приведены основные показатели деятельности отделения за 2008–2010 гг.

#### Операционный блок отделения гинекологии

В состав операционного блока, кроме операционных комнат, входят следующие подсобные помещения: предоперационная, стерилизационная, мате-

Таблица 1

#### Характеристика деятельности 17 гинекологического отделения в 2008–2010 гг.

Показатель	2008	2009	2010
Число пролеченных больных	2725	2791	2698
Число койко-дней	19735	19735	19735
Выполнение плана койко-дней, %	85,8	89,7	90,4
Средняя длительность пребывания больных на койке, дни	6,7	6,3	6,6
Среднее число дней работы койки за год	292,0	305,1	307,5
Оборот койки за год	43,4	48,1	46,5
Летальность, %	0,2	0,1	0

риальная операционного блока, комната для подготовки больной к операции и обезболиванию.

Предоперационная предназначена для мытья рук операционной медсестры, хирурга и его помощников, а также для мытья загрязненных инструментов. В этом помещении, расположенном перед операционной, имеются раковины с кранами горячей и холодной воды, оснащенные смесителем, над раковинами – зеркало. На отдельном столике в специальных кастрюлях или тазиках с крышками лежат стерильные щетки для мытья рук, мыло, ножницы для ногтей и корнцанг для взятия щеток. В предоперационной палате должны быть также тазы на специальных подставках для мытья рук, столики для бутылей с растворами и песочные часы, в ней размещается также вешалка для фартуков из непромокаемых тканей и шкаф для матерчатых чулок – бахил, которые надевают хирург и его помощники.

Стерилизационная операционного блока служит для стерилизации белья, мягких материалов (марлевых салфеток, тупферов), перчаток, инструментария и растворов. Помещение должно быть достаточно большим, чтобы в нем разместились все необходимые аппараты и приборы для стерилизации узаконных материалов.

Материальная операционного блока должна быть изолирована от остальных его помещений. В ней хранятся инструменты, марля, вата, белье и другие материалы, предназначенные для операции; все это подается через особую дверь или окно.

Проход через материальную в остальную часть операционного блока не разрешается.

Помещение для подготовки больной к операции позволяет избавить женщину от созерцания обстановки операционной, что может вызвать отрицательные эмоции и чувство страха. В этом помещении осуществляют подготовку больной к операции и обезболиванию.

В операционном блоке должно иметься особое помещение для хирурга и операционных медсестер, где они могли бы переодеться в предназначенные для операции костюмы: полотняные брюки и сорочки для мужчин, хлопчатобумажные платья для женщин. При этой комнате желательно иметь душ.

### Организация работы в операционном блоке

Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. В операционном блоке это – его общее состояние, надежное обеспечение всеми материалами, медикаментами, специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также хорошо обученный средний медицинский персонал.

Старшая операционная медсестра отвечает за организацию всей работы в операционном блоке. Здесь должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови; нужно иметь лекарственные растворы, средства реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость, а также противоопухолевые препараты, если удаляемая опухоль окажется злокачественной.

В современных операционных часто используется множество аппаратов, систем и специальных блоков, применяемых непосредственно хирургами и анестезиологами. Поэтому не должно быть свободного допуска в операционную лиц, не участвующих в операции или не обеспечивающих ее другими средствами.

Особенно опасно перемещение персонала из «гноной» операционной в «чистую». Не следует разрешать пребывание в операционной персонала в масках, которые использовались в других отделениях. Маски должны быть получены здесь же, в предоперационной. Важно также не допускать пребывания в операционной лиц в обуви, которой пользовались в других отделениях. Если же обувь не меняется в предоперационной, на нее следует надевать полотняные чулки (бахилы). Необходимо использовать халаты только операционного отделения и наглухо их застегивать. Хирурги не должны работать в шелковом нательном белье или шерстяной одежде. Перед операцией следует переодеться в специальное полотняное белье, полученное в операционном отделении.

Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; с поверхности рук удалить микробы сравнительно легко, но значительно труднее – из глубины пор или складок кожи. На руках в наибольшем количестве микробы скапливаются обычно в трещинах и естественных углублениях, например в корнях волос, потовых и сальных железах, причем и у здоровых людей до 10% этих микроорганизмов – патогенные, особенно при наличии кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой член операционной бригады с кожными заболеваниями не имеет права принимать участие в операции.

### Деятельность медсестер гинекологического отделения

ГКБ № 7 разработан алгоритм действий сестринского персонала при гинекологических операциях с обоснованием этих действий в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах. При поступлении пациентки на оперативное лечение палатная медсестра знакомится с ней, собирает, оценивает, обобщает и анализирует полученную информацию.

В подготовке к операции и послеоперационном уходе участвуют палатные и операционные медсе-

Проблемы пациентки и палатной медсестры в предоперационном периоде

Проблемы пациентки	Проблемы медсестры	Действия медсестры	Цель ухода	Критерии оценки
Беспокойство по поводу предстоящего оперативного вмешательства	Нет	1. Провести беседу с пациенткой. 2. Познакомить с персоналом, участвующим в операции. 3. Привлечь по возможности к разговору пациентку, перенесшую подобную операцию	Снижение беспокойства	Поведение пациентки
Страх за исход операции	Нет	1. Объяснить правила подготовки к операции. 2. Убедить по возможности в профессиональной компетентности операционной бригады. 3. Дать рекомендации по пищевому и питьевому режиму до операции. 4. Провести беседу с родственниками	Уменьшение страха	Пациентка спокойно обсуждает предстоящую операцию и выражает желание следовать рекомендациям медсестры и врача
Дефицит знаний о поведении в связи с предстоящим оперативным вмешательством	Нет	1. Обучить пациентку: • упражнениям на дыхание и откашливание; • методам расслабления; • способам переворачивания и движения в постели. 2. Убедить пациентку в необходимости следовать полученным рекомендациям для профилактики осложнений после операции	Получение необходимой информации до операции	Пациентка демонстрирует мероприятия по профилактике послеоперационных осложнений. Пациентка выражает желание следовать полученным рекомендациям
Нет	Риск осложнений	1. Проверить наличие письменного согласия пациентки на операцию. 2. Подготовить пациентку к операции: гигиенический душ накануне операции; бритье волосяного покрова в области операции и вокруг нее. 3. Проследить за ограничением пищевого и питьевого режимов в течение 10–12 ч до операции. 4. Поставить очистительную клизму накануне и в день операции. 5. Провести санацию влагалища. 6. Проверить аллергологический анамнез. 7. Измерить пульс, артериальное давление (АД), температуру. 8. Снять с пациентки очки, зубные протезы. 9. Ввести в день операции назначенные лекарственные препараты перед анестезией. 10. Наложить (по необходимости) эластичные повязки на нижние конечности. 11. Обеспечить безопасную транспортировку в операционный блок	Отсутствие осложнений в ходе операции	Состояние пациентки и заполненная документация

стры. Операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентке на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее. Знакомство пациентки с операционной медсестрой накануне операции, осведомленность об условиях, в которые она попадает, положительно влияют на ее психологическое состояние, что не может не сказаться на результате операции. Беседа перед операцией между пациенткой и операционной медсестрой способствует достижению доверия между ними, поднимает авторитет медсестры.

Операционная медсестра руководит процессом подготовки операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением правил асептики и антисептики всей операционной бригады. Знание диагноза, состояния пациентки, сопутствующих заболеваний и плана предстоящей операции дает возможность операционной медсестре подготовиться к любым экс-

тремальным ситуациям, помочь хирургической бригаде принять правильные решения. От взаимоотношений между медсестрой и пациенткой нередко зависит результат операции и лечения. Пациентки гинекологического отделения, как правило, не нуждаются в длительном сестринском уходе.

Для систематизации сестринской деятельности в гинекологическом отделении используют стандартные формы медицинской документации: лист осмотра пациентки при поступлении на операцию; лист сестринского ухода и наблюдения за пациенткой в послеоперационном периоде; документирование оперативного процесса (для операционной медсестры); проблемы пациентки и палатной медсестры в предоперационном периоде (табл. 2); проблемы пациентки и операционной медсестры в операционной (табл. 3); проблемы пациентки и палатной медсестры в послеоперационном периоде (табл. 4).

Таблица 3

Проблемы пациентки и медсестры в операционной

Проблемы пациентки	Проблемы медсестры	Действия медсестры	Цель ухода	Критерии оценки
Риск операционного стресса	Нет	1. Сократить лишние перемещения по операционной 2. Обеспечить минимальный шум и разговоры в операционной 3. Бесшумно, бережно раскладывать инструменты. 4. Обращаться к пациентке только по имени, вежливо и требовать этого от других. 5. Убедиться, что пациентка заняла правильное положение и чувствует себя по возможности комфортно	Снижение риска стресса	Поведение пациентки
Нет	Риск операционных осложнений	1. Уточнить личность пациентки, направленной в операционную. 2. Убедиться в наличии согласия на операцию. 3. Еще раз уточнить аллергологический анамнез. 4. Оценить готовность пациентки к анестезии. 5. Проверить работу электросети и электрического оборудования, заземление. 6. Предупредить возможность ожогов при работе с ЭКГ. 7. Помочь переместить пациентку на операционный стол. 8. Установить в операционной необходимую температуру и влажность. 9. Убедиться в отсутствии ожогов при переводе из операционной	Отсутствие осложнений в ходе операции	Отсутствие травмы в результате химического, физического, электрического воздействия. Температура – в пределах нормальных цифр. Нормальные дыхательные и цвет кожных покровов
Нет	Риск инфицирования пациентки и медперсонала	1. Убедиться в наличии необходимого оборудования, инструментов и расходных материалов. 2. Провести оперативный контроль стерильности оснащения во время приготовления инструментов, шовного и перевязочного материала, белья. 3. Строго соблюдать правила асептики и антисептики с момента подготовки до окончания операции. 4. Подсчитать количество инструментов и салфеток до и после операции. 5. Оценить состояние кожных покровов в месте операционного доступа до операции и после нее. 6. Провести обработку операционного поля до операции и после нее. 7. Наложить асептическую повязку на область шва	Максимальное снижение риска	Строгое выполнение требований санитарного режима, согласно ОСТ
Нет	Риск пролежней	1. Подложить подушку под места образования пролежней (затылок, локти, крестец, пятки). 2. Осмотреть места образования пролежней во время перевода пациентки в палату. 3. Предупредить палатную медсестру о немедленном проведении мероприятий по профилактике пролежней, если операция длилась более 2 ч. 4. Способствовать координации действий всех членов бригады	Максимальное снижение риска	Состояние кожных покровов в местах образования пролежней. Отсутствие жалоб на онемение

По результатам исследования можно заключить, что:

- в 2010 г. число пролеченных больных было меньше, чем в предыдущие годы;
- за 3 изученных года план по койко-дням не менялся, но процент выполнения плана изменился с тенденцией к повышению; если в 2008 г. план был выполнен на 85,8%, то в 2009 г. этот показатель вырос до 89,7%, а в 2010 г. составил 90,4%;
- средняя длительность пребывания больных на койке находилась примерно на одном уровне в 2008 и 2010 г., а в 2009 г. она была ниже;
- за 3 года среднее число дней работы койки за год менялось: так, в 2008 г. оно составило 292,0, в 2009 г. – 305,1, а в 2010 г. – 307,5;
- самым низким оборот койки был в 2008 г. (43,4), выше всего – в 2009 г. (48,1) и в 2010 г. этот показатель составил 46,5;

- летальность в 17-м гинекологическом отделении имела за изученный период тенденцию к снижению: в 2008 г. – 0,2%, в 2009 г. – 0,1% и в 2010 г. летальных исходов не было;
- операционные медсестры несут ответственность за обеспечение сестринской помощи пациентке на всех этапах: перед операцией, во время операции и после нее;
- беседа перед операцией между пациенткой и операционной медсестрой способствует достижению доверия между ними, поднимает авторитет медсестры;
- операционная медсестра руководит подготовкой операционной аппаратуры, расходных материалов, следит за соблюдением всей операционной бригадой правил асептики и антисептики.

Проблемы пациентки в послеоперационном периоде

Проблемы пациентки	Действия медсестры	Цель ухода	Критерии оценки
Шоковое состояние	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оценить состояние пациентки сразу после поступления в палату.</li> <li>2. Измерять АД, пульс, диурез, частоту дыхательных движений (ЧДД), следить за кожными покровами каждые 15 мин в течение 1-го часа, далее – по схеме до стабилизации показателей.</li> <li>3. Следить за повязкой и состоянием послеоперационного шва</li> </ol>	Стабилизация основных показателей жизнедеятельности	Поведение пациентки. Показатели АД, ЧДД, пульса, диуреза. Визуальная оценка послеоперационного шва (повязки)
Риск аспирации рвотными массами	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приготовить постель без подушки.</li> <li>2. Уложить пациентку на спину, повернуть голову на бок.</li> <li>3. Обработать полость рта (в случае рвоты).</li> <li>4. Введение противорвотных препаратов по назначению врача</li> </ol>	Отсутствие аспирации	Отсутствие аспирации и рвоты
Боль в области операционного доступа	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вводить обезболивающие средства по назначению врача.</li> <li>2. Использовать нефармакологические меры контроля (релаксацию, создание приятных образов)</li> </ol>	Пациентка отметит отсутствие боли через 5 дней	Отсутствие боли, адекватная реакция пациентки на боль
Задержка мочеиспускания	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Научить пользоваться судном.</li> <li>2. Стимулировать самостоятельное мочеиспускание.</li> <li>3. Выводить мочу катетером по назначению врача.</li> <li>4. Измерять суточный диурез</li> </ol>	Достаточный диурез	Оптимальное опорожнение мочевого пузыря
Риск застойных явлений в легких	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рекомендовать пациентке выполнять дыхательные упражнения, контролировать выполнение.</li> <li>2. Стимулировать пациентку к смене положения тела, расширению двигательной активности.</li> <li>3. Снабдить пациентку подручными средствами и обучить пользоваться ими.</li> <li>4. Ставить банки, горчичники по назначению врача</li> </ol>	Отсутствие признаков ателектаза и застойной пневмонии	ЧДД, характер дыхания, свободное отхождение мокроты, дыхание, отсутствие кашля
Риск инфицирования	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Следить за состоянием послеоперационного шва.</li> <li>2. Соблюдать асептику и антисептику при смене повязки и любом контакте с пациенткой.</li> <li>3. Измерять температуру 2 раза в сутки.</li> <li>4. Проводить текущую уборку в палате.</li> <li>5. Проводить смену нательного и постельного белья.</li> <li>6. Проводить антибактериальную терапию по назначению врача</li> </ol>	Отсутствие признаков инфекции	Чистая рана, заживление первичным натяжением. Нормальные показатели температуры
Дефицит самоухода	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечить пациентку подручными средствами.</li> <li>2. Обеспечить средствами связи с медсестрой.</li> <li>3. Научить родственников элементам ухода за пациенткой, контролировать выполнение.</li> <li>4. Оказывать помощь при выполнении мероприятий личной гигиены.</li> </ol>	Пациентка получит необходимый уход от медсестры и родственников	Пациентка принимает помощь медсестры и родственников. Пациентка способна ухаживать за собой самостоятельно и готова к выписке

**Рекомендуемая литература**

Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Общественное здоровье. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.

Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению / Под ред. чл.-корр. РАМН проф. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.

Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения // Под ред. чл.-корр.РАМН проф. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 245 с.

Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А. и др. Платцентарная недостаточность. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.

Нестеренко Е.И., Соломатин Д.В. Искусственное прерывание беременности как фактор риска гинекологической заболеваемости женщин // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2005; 1: 38–43.

**A NURSE FROM A GYNECOLOGY AND GENERAL OPERATIONAL UNIT IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**  
**I.S. Kotova, Senior Nurse**  
 City Clinical Hospital Seven, Healthcare Department, Moscow

**The paper analyzes the work of a gynecology and general operational unit in a multidisciplinary hospital.**

**Key words:** multidisciplinary hospital, gynecology unit, nurses, organization of work.