

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В ЭНДОСКОПИИ

Е.В. Байкалинская, операционная медсестра
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАН
E-mail: ronc@ronc.ru

Приведены этапы, позволяющие медсестре обеспечить инфекционную безопасность эндоскопа, предназначенного для обследования пациента.

Ключевые слова: РОНЦ, отделение эндоскопии, масштабы работы, производственный процесс.



Эндоскопическое отделение было организовано в Онкологическом научном центре в мае 1976 г. как его самостоятельное подразделение приказом АМН СССР по предложению академика Н.Н. Блохина. Оно стало первым в СССР многопрофильным эндоскопическим отделением, в котором определились и получили развитие диагностические и лечебные методы эндоскопии при патологии органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов грудной и брюшной полости. За прошедшие годы постоянно расширялись спектр и масштабы его деятельности, и в настоящее время оно – одно из крупнейших в России и Европе. Здесь работают специалисты высокой квалификации. В отделении функционируют 3 блока: поликлинический (4 кабинета – гастроскопический, колоноскопический, бронхоларингоскопический, мочная); стационарный, основной (6 рабочих кабинетов: гастроскопический, колоноскопический, бронхоларингоскопический, лапороскопическая операционная, кабинет круглосуточного дежурного, мочная; рентгеноэндоскопический (4 кабинета: гастроскопический, колоноскопический, рентгенооперационная, мочная). Для обеспечения производственного процесса при кабинетах имеются подсобные помещения для хранения инвентаря, медикаментов, мусора. Ординаторские для врачей оснащены аппаратурой, включенной в единую госпитальную информативную систему. Имеются комнаты медсестер, кабинет старшей медсестры, кабинет заведующего отделением.

Все кабинеты снабжены централизованной вентиляцией, единой системой подачи кислорода (сжатого воздуха CO_2), вакуумной аспирацией, что дает возможность проводить сложные процедуры под седацией.

В отделении на самом высоком уровне выполняются виды эндоскопической диагностики и лечения онкологических больных с использованием наиболее современной аппаратуры. Диагностические вмешательства включают в себя: эндоскопическое исследование верхних и нижних отделов ЖКТ, в том числе дополненное щипцовой и(или) браш-биопсией; эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС) из просвета верхних отделов ЖКТ (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, средостения) с использованием радиального и конвекторного эхоэндоскопов и эндоскопического чресканального ультразвукового датчика. Тонкоигольная пункция (ТИП) проводится под контролем ЭУС.

В число выполняемых в отделении **лечебно-диагностических** вмешательств входят эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия и холангиопанкреатикография, дополненные литоэкстракцией.

Здесь проводятся также эндоскопическое ретроградное дренирование желчных и главного панкреатического протоков, ретроградное дренирование. Ретроградное дренирование желчных протоков выполняется полимерным дренажным устройством под контролем ЭУС и флюороскопии (ЭУС-ТИП-дренирование). В целях осуществления энтерального питания устанавливают назогастральный (назодуоденальный, назоэнтеральный) дренаж для декомпрессии верхних отделов ЖКТ. Для восстановления нарушенной проходимости верхних отделов ЖКТ применяют эндоскопическую установку (в условиях рентгенологического контроля). Больным с хроническим абдоминальным болевым синдромом проводят эндоскопическое медикаментозное обезболивание (нейролизис чревного сплетения).

Все исследования выполняет бригада специалистов: врач-эндоскопист, ассистент, анестезиолог. Операционная медсестра готовит пациентов к исследованию. Перед исследованием необходимо заполнить медицинскую документацию, дать пациенту ознакомиться с ним и подписать согласие на его про-

ведение, подключить и проверить необходимое оборудование и инструментарий, правильно уложить пациента, провести подготовку к анестезии. Во время процедуры медсестра ассистирует врачу и наблюдает за пациентом, контролирует его дыхание. Очень важно, чтобы пациент знал, что она рядом. По окончании процедуры медсестра обрабатывает аппарат и инструменты и готовит кабинет к следующему исследованию.

Важнейший этап сестринской работы – подготовка пациента к процедуре. Особенно важен этот этап сестринской работы при подготовке к колоноскопии. От подготовки зависят продолжительность процедуры и ее качество. Подготовка включает в себя анестезиологическое и материально-техническое обеспечение, анализ работы; она должна быть эффективной, безопасной, удобной и доступной для пациента.

Поэтапная подготовка кишечника к колоноскопии

За 1 нед до начала приема препарата, очищающего толстую кишку, пациенты с запорами должны принять слабительное; за 2–3 дня до начала приема препарата рекомендуются бесшлаковая диета и питье только прозрачных жидкостей. Исследование проводится натощак.

Успех исследования зависит от слаженности работы бригады. Когда тотальная колоноскопия постоянно выполняется 1 врачом и 1 медсестрой, успех обеспечен на 91%, если же колоноскопию выполняют 1 врач и разные медсестры, – то на 83%.



Факторами, влияющими на качество эндоскопической диагностики, являются квалификация врача, техническое оснащение, адекватные анестезия и подготовка. Важный элемент эндоскопии – техническое обеспечение. От правильного хранения, обработки и использования оборудования зависят проведение процедуры и ее исход. Обработка эндоскопов и инструментов входит в обязанность медсестры. Гибкие видеоэндоскопы и принадлежности к ним, контактирующие со слизистыми оболочками и проникающие в стерильные ткани и полости организма, подвергаются дезинфекции высокого уровня или стерилизации. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводят через естественные пути в органы (полости), имеющие естественный микробный пейзаж. При стерильных вмешательствах эндоскоп вводят в кровяное русло или стерильные в норме органы (полости) через проколы, разрезы слизистых покровов, а также через естественные пути.

Эндоскопы – сложная оптико-диагностическая система, изготовленная из разных материалов: металла, пластика, оптоволоконна, резины, клеев; они имеют несколько каналов и полостей, что осложняет их обработку. Эндоскоп обрабатывают 2 способами: ручным и автоматическим.

Ручная обработка эндоскопов в соответствии с СП 3.1.1275-03 имеет следующие этапы:

- предварительная очистка рубашки (тубуса) способом протирания и промывания каналов;
- тест на герметичность;
- окончательная очистка, которая состоит из 2 этапов: полного погружения эндоскопа в моющий раствор на указанное время и очистки каналов и портов специальными щетками, а рубашки эндоскопа – мягкой ветошью;
- отмывка эндоскопа от моющего раствора, сушка каналов и наружной поверхности;
- проведение дезинфекции высокого уровня или стерилизации в растворе стерилизующего средства при полном погружении (с заполнением каналов, избегая образования воздушных пузырьков) в течение времени, указанного в инструкции по применению выбранного средства;
- отмывка стерилизованного (подвергнутого дезинфекции высокого уровня) эндоскопа от дезинфицирующего средства в соответствии с режимом, указанным в инструкции по его применению;
- сушка эндоскопа воздухом и парами 70% спирта.

Автоматическая обработка производится с помощью моечных машин, позволяющих эффек-

тивно и быстро проводить процедуру мойки и дезинфекции (стерилизации) как наружных поверхностей эндоскопа, так и всех его каналов (в том числе – и канала элеватора).

Все процессы обработки от ультразвуковой очистки и мойки эндоскопа с использованием детергента до дезинфекции и окончательного орошения спиртом проводятся в форме единой безостановочной процедуры. Недавно разработанные моющие вещества обладают усиленной способностью к расщеплению белковых соединений. На каждом этапе обработки преимущества высококачественной очистки сочетаются с преимуществами используемых средств дезинфекции.

Четкое выполнение всех указанных этапов обеспечивает инфекционную безопасность эндоскопа и существенно экономит время медсестер, позволяя больше времени уделять пациентам.

Приложение

Рекомендации пациенту перед эндоскопическим исследованием

ЭУС осуществляется из полости верхних отделов ЖКТ, позволяет осмотреть рану, стенки пищевода, желудка и оценить состояние прилежащих к ним органов и тканей (в том числе желчевыводящих путей, печени). В зависимости от показаний исследование выполняют в неотложном или плановом порядке с помощью гибкого эндоскопа, снабженного ультразвуковым датчиком. Эндоскоп вводят через рот, он не препятствует дыханию и не вызывает боли. Для уточнения диагноза может быть применена ЭУС-ТИП под ультразвуковым датчиком. Средняя продолжительность исследования – 30–40 мин.

Исследование проводится натощак, поэтому не следует есть, пить и курить по меньшей мере в течение 6 ч до исследования. За 30 мин до начала процедуры пациент может принять очищающую эмульсию. Если он постоянно принимает лекарственные средства, следует согласовать

режим и условия их приема с врачом. Необходимо прибыть для выполнения исследования в назначенное время с медицинскими документами и полотенцем. В отделении пациента встретят врач и медсестра. Они помогут ему подготовиться к исследованию и квалифицированно выполнят его.

Возможные осложнения. Предстоящее эндоскопическое ультразвуковое исследование является инвазивным инструментальным вмешательством и, несмотря на низкий уровень побочных эффектов (не более 0,1%) и максимально бережное выполнение, все же возможны следующие осложнения: повреждение органа, кровотечение, сердечно-легочные расстройства, местные и аллергические реакции, обострение хронического заболевания. При возникновении перечисленных осложнений могут потребоваться госпитализация, неотложное интенсивное эндоскопическое и оперативное лечение, общая анестезия.

После окончания исследования в течение 30 мин не следует пить и есть. Если выполнялась биопсия, следует употреблять охлажденную пищу и напитки в течение 1 сут. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 ч, а при лекарственной седации – в течение 1 сут после исследования. При появлении необычных симптомов и любых тревожащих обстоятельствах необходимо проинформировать врача в первые часы и дни после исследования.

A NURSING PROCESS IN ENDOSCOPY

E.V. Baikalinskaya, Surgical Nurse

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Sciences

The paper sets forth the stages allowing a nurse to ensure the infection safety of an endoscope used to examine a patient.

Key words: Russian Cancer Research Center; Endoscopy Department; scope of work; manufacturing process.

