ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Роль медичної сестри у роботі в реанімаційному відділенні

КИСЛОВА ІРИНА СЕРГІЇВНА

Освітня кваліфікаційна робота на здобуття звання магістр за спеціальністю «Сестринська справа»

Науковий керівник

Доктор медичних наук,

Професор Семидоцька Жанна Дмитрівна

Харків 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……..3

ВСТУП……....5

РОЗДІЛ 1 Огляд літератури

1.1 Історія розвитку реаніматології……..7

1.2 Стадії легенево-серцевої і церебральної реанімації (ЛСЦР)…….…12

1.3 Роль медичної сестри у організації лікувального процесу……....18

1.4 Організація роботи медичної сестри у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ)…….25

РОЗДІЛ 2 Власні дослідження

1.1 Структура лікарні КНП МКБЛ №17 ХМР

1.2 Цифрові показники реанімаційного відділення за звітний період.

1.3 Методика роботи медичної сестри ВРІТ

1.4 Психологічний аспект в роботі з післяопераційними хворими

ВИСНОВКИ (обговорення отриманих результатів)

СПИСОК ВИКОРИСТАННИХ ДЖЕРЕЛ

Перелік умовних скорочень

АТ – артеріальний тиск

АШ – анафілактичний шок

ВДШ – верхні дихальні шляхи

ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії

ГРДС – гострий респіраторний дистрес - синдром

ГДН – гостра дихальна недостатність

ГКН – гостра кишкова непрохідність

ГШКК – гостра шлунково-кишкова кровотеча

ДО – дихальний об’єм

ДВЗ – дисеміноване внутрішньо судинне згортання крові

ЕАБП – електрична активність без пульсу

ЕЕГ – електроенцефалографія

ЕКГ – електрокардіограма

ЕКС – електрокардіостимуляція

ЕІТ – електроімпульсна терапія

ЖЄЛ - життєва ємкість легень

ЗМС – закритий масаж серця

ЗЄЛ – загальна ємкість легень

КОС – кислотно основний стан

КЛР – кислотно-лужна рівновага

ОЗК – операція заміщення крові

ОЦК – об’єм циркулюючої крові

ОМП – об’єм мертвого простору

ПДФ – продукти деградації фібриногену

СЛР – серцево-легенева реанімація СЛЦР – серцево-легенева та церебральна реанімація

СВ – серцевий викид

СГЛУ – синдром гострого легеневого ушкодження

СПОН – синдром поліорганної недостатності

САТ – середній артеріальний тиск

ССС – серцево-судинна система

ТБД – трахеобронхіальне дерево

ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії

ФОР – фосфорорганічні речовини

ФШ/ШТ – фібриляція шлуночків/шлуночкова тахікардія

ХОД – хвилинний об’єм дихання

ХАВ – хвилинна альвеолярна вентиляція

ЦВТ – центральний венозний тиск

ЦНС – центральна нервова система

ЦСВ – центральне стерилізаційне відділення

ЧДР – частота дихальних рухів

ЧСС – частота серцевих скорочень

ШВЛ – штучна вентиляція легень

ВСТУП

«Реаніматологія є позитивною силою в еволюції людства, так як базується на представленні про цінності кожного людського життя, як унікального явища Всесвіту»

Пітер Сафар

Людина від природи смертна, і в цьому її перший трагічний початок. Відомий афоризм звучить "Жити - значить вмерти". Вже в зародженні життя закладено генетичний механізм смерті.

Латинське прислів'я "Memento mori" (пам'ятай про смерть) несе в собі глибокий філософський зміст.

З історичних часів людина намагалася повернути життя помираючому. Перші згадки про оживлення потонулого за допомогою штучного дихання зустрічаються у найдавнішому письмі. Найвидатніші лікарі та вчені епохи Відродження Везалій та Гарвей займалися вивченням механізмів смерті та намагалися штучними методами продовжити життя людини.

Однак лише науковий та технічний прогрес другої половини двадцятого століття зробив можливим розвиток нової науки – реаніматології (від лат. – знову, -життя, дихання) . Реаніматологія стала однією з провідних клінічних дисциплін, а її методи широко використовуються у медичній практиці.

Як тільки серце перестає виконувати свої функції, здоровий людський мозок може вижити без кисню тільки упродовж 4-5 хвилин, не зазнаючи будь-яких відчутних ушкоджень. На жаль, швидка допомога не завжди може бути на місці скоріше, ніж за 10 хвилин. Саме в ці критичні хвилини тільки

СЛР може забезпечити постачання кров’ю кисню до мозку і серця жертви, може підвищити шанси такої людини на виживання.

Клінічна реаніматологія тісно пов’язана з фізіологією, патологічною анатомією, хірургією, терапією та іншими медичними спеціальностями. Її завдання – вивчення механізму процесів, які відбуваються в організмі при помиранні, при розвитку термінального стану, і на цій основі розробка та застосування методів боротьби зі смертю.

Успіх надання реаніматологічної допомоги також багато в чому залежить від рівня професіоналізму медсестри ВРІТ у виконанні своїх обов'язків по проведенню моніторингу і своєчасної перевірки стану пацієнта. Відповідно до функціональних обов’язків, що відносяться до моніторингу, медсестри ВРІТ при наданні реаніматологічної допомоги зобов'язані:

1) контролювати стан хворих і систематично відмічати в карті інтенсивної терапії основні функціональні показники: АТ, частоту пульсу, рівень ЦВТ, характер дихання, параметри ШВЛ, показання інших контрольно діагностичних приладів, величину діурезу і кількість виділень по дренажу;

2) негайно доповідати начальнику відділення (ординатору), а при його відсутності - черговому лікарю про погіршення стану хворих;

3) підтримувати в постійній готовності технічні засоби, необхідні для надання реаніматологічної допомоги;

4) володіти технікою реєстрації ЕКГ, ЕЕГ; вміти використовувати у відділенні кардіомонітори та інші контрольно-діагностичні прибори;

5) дотримуватися стандарту мінімального моніторингу при проведенні реанімації та інтенсивної терапії.(клімов 121)

РОЗДІЛ 1

Огляд літератури

1.1 Історія розвитку реаніматології

Спроби оживлення вмираючої людини відомі з далеких часів. В своїх ранніх формах реанімація, можливо, така стара, як і людство.

У доісторичні часи в первісних людей смерть асоціювалася з глибоким сном. Померлого намагалися "пробудити" різкими криками, припіканням вугіллям, що горить. Особливою популярністю у північноамериканських індіанців користувалися методи "пожвавлення" шляхом вдування тютюнового диму з міхура. В епоху іспанської колонізації Америки цей метод отримав широке розповсюдження в Європі і ним користувалися, намагаючись оживити раптово померлого, аж до початку дев'ятнадцятого століття.

Перший опис постурального дренажу при порятунку потопельників можна знайти в папірусах стародавніх єгиптян.

В єгипетській міфології Ісида, богиня родючості, води і вітру, вдихає в рот своєму чоловіку Осирису, тим самим оживляючи його.

В Біблії згадується, як пророк Єлисей оживив вмерлу дитину:

«І увійшов Єлисей в дім, і вмерла дитина лежить на ліжку його,

І увійшов і зачинив двері за собою, і помолився Господу,

І піднявся і ліг над дитиною, і приклав свої вуста до його вуст,

І свої очі до його очей, і свої долоні до його долонь, і простягся на ньому,

І зігрілось тіло дитини.

І чихнула дитина разів сім, і відкрила дитина очі свої».

(Ветхий завіт, 4 Книга Царств, Глава 4)

В середні віки Везалій відновлював роботу серця, вводячи повітря в трахею через очеретяну тростинку, тобто за 400 років до опису техніки інтубації трахеї і ШВЛ, заснованої на принципі вдування.

Т. Парацельса (1493-1541) вперше застосував ковальські міха (1530 р.) у якості імпровізованого ручного респіратора для проведення ШВЛ при реанімації людей.

Англійський фізіолог Вільям Гарвей (1578-1657) застосував прийом оживлення птахів, який нагадує зовнішній масаж серця.

З кінця 17 віку почалося вивчення закономірностей процесів вмирання і відновлення життєдіяльності організму.

Важливою віхою є створення у 1767 році Голландського товариства порятунку утопаючих, яке стало першою в світі організацією по реанімації людей і дало старт для створення подібних товариств в інших країнах. Комплекс реанімаційних заходів, які застосовувалися в той час для порятунку утоплених складалися із: зігрівання постраждалого, видалення води, яка потрапила при диханні, проведенні дихання «із рота в рот» і вдування тютюнового диму в пряму кишку.

Початок ери загального знеболювання, стало значним стимулом для подальшого розвитку методів реанімації. Так, у 1874 році норвезький анестезіолог Heiberg, з метою попередження западання язика в гортаноглотковій ділянці при проведенні наркозу хлороформом, запропонував висувати нижню щелепу, а в 1878 році в якості доповнення до цього методу, запропонував також проводити максимальне розгинання голови в шийному відділі.

У Германії R. Boehm (1878) провів реанімацію тварини, з зупинкою кровообігу, яке було викликане передозуванням хлороформу, шляхом зовнішнього (непрямого) масажу серця, а Maass (1892 р.) застосував цей метод на людях.

У Норвегії K. Igelsrud (1901 р.) вперше провів прямий масаж серця хірургічному хворому.

Відкритий ще у 1890-х роках адреналін, був уперше застосований G. V. Crile і D. H. Dolley (1906 р.) в експерименті для реанімації тварин, однак тільки пізніше був вивчений механізм його дії у працях C. J. Wiggers (1936 р.), J. S. Redding і J. W. Rearson (1963 р.), що дозволило ввести адреналін в клінічну практику при проведенні серцево-легеневої реанімації (СЛР) у якості препарату першої лінії.

Електрична дефібриляція вперше була описана французькими фізіологами J. L. Prevost і F. Batelli (1900 р.), які показали в експериментах на собаках, що фібриляція шлуночків може бути ліквідована високовольтним струмом.

Піонером зовнішньої дефібриляції Н. Л. Гурвичем у 1938-1947 роках було обґрунтоване її застосування спочатку в експериментах на тваринах, а потім і клінічній практиці. Він доказав, що для дефібриляції необхідно використовувати не перемінний а постійний струм. В 1967 Н. Л. Гурвичем був створений дефібрилятор, який застосовував біполярний імпульс (імпульс Гуревіча) – який є основою всіх сучасних дефібриляторів.

Перший автоматичний респіратор для проведення ШВЛ був розроблений R. Drager і почав випускатися в Германії у 1911 році – це був легендарний «Пульмотор». Особливістю респіратора була регуляція циклу вентиляції за тиском.

Датським винахідником C. G. Engstrom був створений і однойменний апарат для ШВЛ. «Енгстрем – респіратор» став прообразом всіх сучасних

респіраторів і першим механічним апаратом для ШВЛ, який почав широко застосовуватися в клініках всього світу.

Спроба оживлення людини у більшості випадків носили чисто емпіричний характер.

Зародження реаніматології як самостійного науково-практичного розділу медицини відноситься до середині 20 століття. Поштовхом для цього стало вивчення механізму геморагічного і больового шоку та дихальної недостатності поранених в роки 2-ої Світової війни 1939-1945, розробка заходів боротьби з дихальною недостатністю під час епідемії поліомієліту у Європі на початку 50-х років, успіхи патологічної фізіології, а також суміжних дисциплін: грудної хірургії, трансплантології, анестезіології, фармакології.

В СРСР зародження і становлення реаніматології пов'язано з роботами С. С. Брюхоненко, В. А. Неговського та інш.

Володимир Олександрович Неговський – основоположник реаніматології . У 1936 році в Москві при інституті нейрохірургії він створив перший в світі науково-дослідний центр по реанімації, який потім став сучасним інститутом загальної реаніматології РАМН. З його ініціативи у 1956 році було відкрито перше у Радянському Союзі відділення реанімації, а в 1959 році перші реанімаційні бригади швидкої медичної допомоги.

Сучасний комплекс СЛР був створений патріархом реаніматології Пітером Сафаром (1961 р.), який показав у дослідженнях на курарезованих добровольцях велику ефективність дихання «із рота в рот» по відношенню з зовнішніми методами дихання, розробив «трійний прийом» на дихальних шляхах і S – подібний повітровід (1958 р.). Був автором першого міжнародного посібника з СЛЦР, який став «золотим стандартом» упродовж більше чим 30 років для лікарів у всьому світі.

На сучасному етапі, стандарти з СЛЦР розробляють:

- у США – Американська Кардіологічна Асоціація (American Heart Association – AHA), яка дає рекомендації з СЛР і невідкладної кардіологічної допомоги;
- у Європі – створена у 1989 році Європейська Рада з Реанімації (European Resuscitation Council – ERC).

У кінці 2005 р. були опубліковані нові рекомендації Європейської Ради з реанімації, в яких був внесений ряд суттєвих змін в алгоритм серцеволегеневої реанімації.

Реаніматологія опирається на досягнення сучасної техніки – це електронна апаратура, яка сигналізує про порушення функцій різних систем організму, і апарати для підтримки дихання, кровообігу, для очищення крові від шлаків та інш.

Клінічна реаніматологія розвивається в тісному зв'язку з реанімаційною службою, системою швидкої медичної допомоги, спеціалізованих центрів реанімації та ІТ.

Важливі проблеми реаніматології – вивчення критеріїв необоротності змін в організмі на межі від життя до біологічної смерті і в період оживлення, шляхи профілактики і лікування термінальних станів (передагональних, агонії, клінічної смерті), різних методів подовження строків клінічної смерті (віддалення біологічної смерті), для чого застосовуються гіпотермія, ГБО, допоміжний кровообіг, штучне дихання, нові фармакологічні препарати.

Реаніматологія – медична наука, що вивчає закономірності згасання життєвих функцій організму, методи їх активного відновлення та тривалої підтримки, а також заходи щодо запобігання розвитку термінальних станів.

Реанімація – комплекс лікувальних заходів з відновленню життєво важливих функцій, який застосовують при зупинці кровообігу та дихання. При успішному проведенні реанімації хворому потрібно провести інтенсивну

терапію – комплекс лікувальних заходів з відновлення нормальної функції організму в цілому.

Інтенсивне спостереження – комплекс методів отримання оперативної інформації про основні параметри організму, без яких неможлива інтенсивна терапія.

З цією метою застосовують монітори, а також методи термометрії, ендоскопії, систематичного лабораторного контролю.

Критичні стани – крайня ступінь будь-якої патології, при якій відмічаються розлади фізіологічних функцій і порушення діяльності окремих систем, які не можуть спонтанно корегуватися шляхом саморегуляції і потребують часткової чи повної корекції або штучного заміщення.

1.2 Стадії легенево-серцевої і церебральної реанімації (ЛСЦР)

ЛСЦР - основний метод лікування раптової зупинки кровообігу та дихання, який має забезпечити тимчасову підтримку коронарного і мозкового кровообігу. Основним завданням реанімації при раптовій зупинці серцевої діяльності є підтримка штучного кровообігу і дихання в межах мінімуму, що забезпечить профілактику незворотних змін у життєво важливих органах до моменту відновлення адекватного самостійного кровообігу і дихання.

Серцево-легеневу та церебральну реанімацію проводять у декілька стадій.

І стадія – елементарна підтримка життя.

Негайна оксигенація:

А – забезпечення прохідності дихальних шляхів;

Б – проведення штучної вентиляції легенів;

В – підтримка штучного кровообігу.

ІІ стадія реанімації – подальша підтримка життя. Відновлення кровообігу:

Г – медикаментозна терапія;

Д – електрокардіоскопія чи електрокардіографія;

Є – лікування фібриляції шлуночків серця.

ІІІ стадія реанімації – тривала підтримка життя. Церебральна (мозкова) реанімація:

Ж – оцінка стану хворого;

З – відновлення нормального мислення;

І – інтенсивна терапія.

І стадія реанімації.

Контроль і забезпечення прохідності дихальних шляхів. На початку реанімації завжди проводиться підряд 3-5 глибоких вдихів, а потім переходять на ритм: 1 дихання через 5с, тобто 12 дихань за 1 хв. у дітей – 24-30 дихань за 1 хв.

При травмах щелепи, обличчя, порожнин рота слід проводити ШВЛ, вдуваючи повітря в ніс потерпілого, закривши рот пальцями руки. Основна ознака ефективності ШВЛ: рухи грудної клітки на вдиху і видиху.

Ознаки ефективності масажу серця: наявність пульсової хвилі на периферичних судинах.

Ознаки ефективності реанімаційних заходів.

1. Звуження зіниць.
2. Зміна кольору шкіри і слизових оболонок оживлюваного (їх порожевіння, зменшення ціанозу).
3. Наявність пульсової хвилі на периферичних і центральних артеріях.
4. Систолічний тиск 70-80 мм рт.ст.

ІІ стадія реанімації.

Її проводить лікар-реаніматолог, використовуючи при цьому спеціальну апаратуру та медикаменти: 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду, 4% або 5% розчину натрію гідрокарбонаду та 0,1% атропіну сульфату. Ці ліки вводять негайно всім хворим незалежно від виду зупинки кровообігу.

Адреналіну гідрохлорид 0,1% застосовують у дозі 0,5-1 мг; спочатку 1 мл препарату розводять у 9 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і вводять 3-5 мл розчину. Повторне введення через 3-5 хв. дози натрію гідрокарбонату становлять 1 ммоль/кг маси в перші 10 хв реанімації та 0,5 ммоль/кг у наступні 10 хв.

Доза атропіну сульфату для дорослих становить 0,5 мг/70 кг маси тіла, для дітей 0,05-0,1мг/рік. Кальцію хлорид доцільно застосовувати після відновлення серцевої діяльності у таких дозах: для дорослих – 5-10 мл 10% розчину, для дітей до 1 мл 10% розчину на 1 рік життя.

Наступний етап II стадії реанімації – електрокардіографія або електрокардіоскопія) моніторинг. Їх проведення необхідне для діагностики виду зупинки кровообігу.

Розрізняють три види зупинки кровообігу: асистолія, фібриляція шлуночків, неефективне серці. Для запису ЕКГ масаж серця повинен бути припинений на 3-5 с.

III стадія реанімації.

На першому етапі цього періоду оцінюють стан хворого (визначають причини клінічної смерті, можливість врятування потерпілого, відновлення функцій мозку, доцільність продовження реанімаційних заходів). У після реанімаційний період в організмі хворого відбуваються складні патофізіологічні зміни, що розвиваються внаслідок комплексно-адаптивних процесів, які протікають на тлі порушень інтегруючої функції ЦНС. Такі порушення гемостазі мають назву „післяреанімаційна хвороба”. Розрізняють 4 стадії цієї патології:

I стадія - період нестабільних функцій (перші 10 год.);

II стадія – відносна стабілізація основних функцій організму та покращення загального стану хворого (через 10-12 год.);

III стадія – повторне погіршення стану хворого (з кінця 1-ї – початку 2-ї доби);

IV стадія - період покращення стану або прогресування ускладнень (через 3 доби – 5 діб).

У деяких хворих після оживлення відзначається часткова або повна загибель кори головного мозку, а також „смерть мозку” („прижиттєва смерть мозку”).

1.3 Роль медичної сестри у організації лікувального процесу

Лікарська діяльність і сестринська справа є самостійними, але вони доповнюють один одного професіями. Основними завданнями лікарів є профілактика, діагностика та лікування захворювання.

Роль медичної сестри полягає у вирішенні існуючих та виявленні потенційних проблем пацієнта, таким чином медсестра реалізує всі етапи сестринського процесу (збирає анамнез, ставить сестринський діагноз і надалі постійно стежить за поведінкою пацієнта, повідомляє лікарю про всі зміни його стану, бере участь в обході хворих лікарем).

В Україні роль медичних сестер у лікувальному процесі невелика, найчастіше їх функції зводяться до виконання технічної роботи, часто не вимагає професійної підготовки. Здебільшого сестринський персонал є механічним виконавцем розпоряджень лікаря і не володіє юридично закріпленою власною незалежною системою прав, обов'язків і відповідальності, хоча значення і роль сестринського персоналу в медичних організаціях складно переоцінити.

Лікарі та медичні сестри мають спільні цілі та стратегічні завдання і реалізують їх, застосовуючи спеціальні методи і технології, якими володіють в силу отриманої ними освіти.

На відміну від медичної сестри в Україні зарубіжна колега володіє більшою самостійністю і, як наслідок, відповідальністю. Розглянемо досвід інших країн.

США. В цій країні сестринська справа престижна і добре оплачувана професія. При цьому суспільство висуває до неї високі вимоги. Сестринська

праця передбачає високий рівень клінічного мислення, включаючи знання доказової медицини, високий ступінь самостійності і відповідальності за оцінкою стану пацієнтів, планування і догляд за хворими, консультування пацієнтів та їх рідних. Це пояснюється принципово іншим підходом до діяльності медичної сестри з боку держави і суспільства.

У США існує дві форми сестринських практик.

Медична сестра-практик (Nurse Practitioner) - може стати практикуючою медичною сестрою у більшості галузей медичної практики. У вибраній галузі практикуючі медсестри можуть лікувати пацієнтів, виписувати лікарські засоби . Вони працюють у лікарнях, поліклініках, а в деяких штатах у якості приватних підприємців.

Зона відповідальності медичної сестри при такому підході – симптоматичний контроль, первинне консультування, лікування пацієнта на належному рівні.

Друга форма роботи «Patient – centered nursing» (пацієнт-центричний сестринський догляд) означає, що медична сестра - професіонал з високою кваліфікацією, яка відповідає за лікування пацієнта, оскільки, володіє розгорнутою інформацією про своїх пацієнтів, включаючи симптоматику, діагноз, клінічні показники, результати лабораторних аналізів, призначені лікарські засоби, процедури та інші спеціалізовані види лікування, а також сімейну ситуацію.

Австрія. Роль медсестри поступово розширюється та на сьогоднішній день включає, наприклад, призначення обмеженої кількості препаратів або медичних обстежень, проведення імунізації, контроль в галузі репродуктивного здоров'я і консультування по питанням охорони здоров’я.

Великобританія. Лікарі загальної практики наймають практикуючих медичних сестер, які отримали спеціальну освіту і які мають право на самостійну практику (їх діяльність регулюється особливим протоколом), для

надання допомоги пацієнтам з незначними медичними проблемами. З 1998 року медсестрам дозволено виписувати лікарські препарати із обмеженого переліку. У 2006 році цей перелік було розширено і включає тепер усі лікарські засоби, окрім препаратів, обіг яких контролюється державою. У Великобританії створено центри медичної допомоги, в які можна звернутись без попереднього запису, такими центрами керують в основному медсестри. Поступово впроваджується система так званих головних медичних сестер, які допомагають хворим зі складними хронічними захворюваннями.

Фінляндія. Крім допомоги лікарям медсестри самостійно працюють з пацієнтами, наприклад, надають медичну допомогу хворим з респіраторними інфекціями, вимірюють артеріальний тиск, відповідають за програми санітарної освіти, консультують з питань планування сім'ї, забезпечують охорону здоров'я школярів і т. ін. При цьому медсестри не контролюють доступ до спеціалізованої допомоги. Спеціально навчені медсестри надають допомогу матері та дитині.

Швеція. В системі охорони здоров'я Швеції районні медсестри грають одну з ключових ролей, оскільки вони, як правило, оглядають пацієнта, перш ніж направити його до лікаря загальної практики або в лікарню. Районні медсестри беруть участь також в наданні медичної допомоги особам похилого віку, регулярно відвідують хворих на дому, в обмеженому обсязі виписують ліки (як і акушерки, які виписують контрацептиви). Під контролем лікаря медсестри дають рекомендації і проводять лікування і все частіше беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з хронічними і складними захворюваннями. Сестринські клініки надають допомогу пацієнтам з захворюваннями, які протікають довгостроково, такими як діабет, хронічні обструктивні захворювання легень, неврологічні розлади і ін.

Нідерланди. Медсестри грають важливу роль в первинній ланці, головним чином в муніципальній системі охорони здоров'я. Надають допомогу при інфекційних захворюваннях, беруть участь у заходах з охорони здоров'я

дітей та підлітків (наприклад, проводять імунізацію дітей), а також займаються деякими аспектами санітарної освіти. Медсестри працюють згідно протоколу, що дозволяє їм проводити фізичні та лабораторні обстеження, під контролем лікаря здійснювати діагностіку та лікування деяких захворювань.

Франція. Медсестра найбільш популярна професія у французькій системі охорони здоров'я, в ній зайнято 480 000 осіб (87% -жінки). Більшість з них працюють у приватних або державних лікувальних закладах (73%). Державний диплом французької медсестри визнаний в усіх країнах Євросоюзу. Крім того, медичних сестер готують і приватні навчальні заклади, в тому числі заочно, але видані дипломи повинні визнаватися державою.

Отже, порівняно з досвідом іноземних країн, слід зазначити, що протягом останніх десятиліть в Україні сестринської справи не приділялося належної уваги, відзначалося зниження престижу роботи медичної сестри, її соціального статусу. Дані обставини привели до значного відставання даної сфери громадського здоров'я від розвитку сучасної науки і медичних технологій [14].

За словами видатної дослідниці і пропагандистки сестринської справи в Європі, Дороті Холл, «багатьох проблем, що стоять сьогодні перед національними службами охорони здоров'я, можна було уникнути, якби сестринська справа розвивалася такими ж темпами, що і медична наука» [15].

В охороні здоров'я нашої країни спостерігається відтік з професії кваліфікованих сестринських кадрів, а також дефіцит сестринського персоналу в медичних організаціях. Збільшується дисбаланс у співвідношенні між лікарями і медичними сестрами стаціонарних і амбулаторно-поліклінічних установ, медичних установ обслуговуючих

міське і сільське населення і, як наслідок, можливе погіршення якості наданої медичної допомоги.

В Україні співвідношення між лікарським і середнім медичним персоналом (1: 2), однак ВООЗ в якості міжнародного стандарту рекомендують державам дотримуватися співвідношення 1: 4 - 1: 5 відповідно, при якому система охорони здоров'я буде ефективно функціонувати і розвиватися. Так, в США співвідношення між лікарським і середнім медичним персоналом 1: 4 [13, 16].

В даний час назріла необхідність переоцінки всієї системи сестринської обслуговування. За останні десятиліття в охороні здоров'я багатьох європейських країн роль медичної сестри значно зросла та медична сестра розглядається як повноцінний помічник лікаря, який здійснює симптоматичний контроль і ведення процесу лікування на належному рівні, тобто медична сестра може самостійно виявити симптом і запропонувати лікарю спосіб його лікування.

Вже два роки як в Україні у сферу охорони здоров’я активно втілюються новації, передбачені медичною реформою. За цей час галузь зазнала значних змін, що насамперед стосуються роботи медичного персоналу первинної ланки і зокрема медичних сестер. Сьогодні поговоримо про те, як саме змінюється їхня професійна діяльність у зв’язку з реформою та які вимоги вона перед ними висуває.

Нагадаємо, що наприкінці 2017 року було підписано Закон України 2168 – VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який набрав чинності з 1 січня 2018 року, а саме дав старт медичній реформі в Україні. Документ трансформує модель фінансування медицини державою та вдосконалює галузь в цілому, зокрема завдяки втіленню новітніх технологій. В 2018 році розпочався перший етап реформи

– зміни торкнулися діяльності медичних закладів і фахівців, що надають первинну медичну допомогу (сімейні лікарі, терапевти та педіатри).

Сьогодні роль медсестри в Україні залишається другорядною. Реформа має змінити ситуацію шляхом надання цим фахівцям ширших повноважень та більшої відповідальності. Це також неможливо зробити без змін у системі освіти та підготовці кадрів для медичної галузі.

Медична реформа вдосконалює взаємодію у тандемі «лікар-медсестра». Адже саме медсестра є головним помічником лікаря і має взяти на себе процес первинного прийому пацієнта: збирати інформацію про хворого та його скарги, вимірювати пульс, тиск, температуру, проводити інші маніпуляції. Лікар буде долучатися до процесу лікування, вже маючу всю необхідну первинну інформацію. Це зекономить час лікаря і дасть змогу медичній практиці («лікар-медсестра») прийняти більшу кількість пацієнтів. А це в свою чергу безпосередньо буде впливати на оплату праці тандему.

Самі фахівці вважають потрібним перегляд й затвердження нових нормативів навантаження відповідно до міжнародних стандартів. Це необхідно для усунення кадрового дисбалансу між лікарями та сестрами. Крім того, українські медсестри потребують перегляду навантаження, адже на 1 медичну сестру в середньому припадає 25 пацієнтів! В той час, як, наприклад, в Канаді, одна медсестра доглядає за 5-7 пацієнтами. А замість виконання широкого спектру різноманітних обов’язків, у багатьох країнах є чітка система, коли 1 лікарю допомагають 5-6 медсестер. Також є потреба змінити ситуацію таким чином, щоб медсестра не просто виконувала лікарські призначення, а була залучена до лікувально-діагностичного процесу на більш високому рівні.

Для розширення спектру знань та підвищення кваліфікаційного рівня, українська медична спільнота гостро наполягає на законодавчому закріпленні ряду змін. Таких, як соціальний захист, можливість професійного

розвитку та перегляд оплати праці. Адже спектр обов'язків розширюється, кількість пацієнтів – збільшується, а ось система мотивації не відрізняється динамікою змін. До речі, в США річний дохід медсестер сягає 41 000$, нашої ж — не дотягує й до 4 000$.

Також українські медсестри потребують створення гідних умов праці. Наприклад, стаціонарні сестри нерідко чергують протягом доби, а ось у західних країнах час робочої зміни не повинен перевищувати 10 годин, щоб фактор втоми не зміг нашкодити пацієнту. Варто відзначити – нормативи оснащення робочих місць медичних сестер не переглядались більше 20 років. До сьогодні на 100% не вирішене питання безпеки медсестри на роботі – щодня фахівці працюють з потужними хімікатами, лікарськими засобами та дезінфекційними препаратами, не маючи відповідного протиепідемічного захисту та індивідуальних засобів захисту. До того ж, лікарні не оснащуються спеціальним одягом, персонал вимушений купувати його самостійно.

Останні роки в лікарнях застосовувалось обладнання ще радянських часів (здебільшого – несправне). Великій кількості медсестер доводилось самостійно підіймати та транспортувати пацієнтів (ні для кого не секрет, що більша частина сестринського персоналу – жінки, тому зрозуміло, наскільки важкою для багатьох була ця частина роботи).

В Україні тривають суттєві зміни і медичний персонал теж на шляху гідних умов праці та винагородження. Тепер керівництво лікарні самостійно визначає розмір посадових окладів персоналу. Наразі медичні заклади отримали можливість залучати фінанси та контролювати їх. В Україні вже є приклади успішних лікарень, які ефективно використовують надані повноваження та можливості додаткового заробітку. Саме завдяки медичні реформі, стало реальним впровадження сучасних інструментів керування медзакладом та надання послуг. З часом, таких установ має ставати все більше.

Це означає, що в недалекому майбутньому українські медичні сестри відчують кращі умови на собі, а медсестринська професія стане більш престижною та шанованою.

1.4 Організація роботи медичних сестер у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ)

Важливим розділом в роботі постових медичних сестер відділення реанімації та інтенсивної терапії є чітке виконання в строк лікарських призначень, акуратне ведення медичної документації (листів лікарських призначень, журнал обліку руху хворих; журнал обліку випадків переливань крові та її препаратів, а також кровозамінників, журнал прийому та здачі сейфа і ін.).

Найчисленнішу групу персоналу відділення реанімації та інтенсивної терапії представляють саме постові медичні сестри. Медичні сестри відділення мають достатній практичний досвід і професійні навички, необхідні для проведення лікувально-діагностичного процесу.

Діяльність постових медичних сестер відділення реанімації та інтенсивної терапії регламентується посадовими інструкціями, нормативними документами, санітарними правилами, наказами. Для професійного виконання сестринських втручань у відділенні існують стандарти і алгоритми сестринської діяльності, адаптовані до роботи у відділенні.

Розглянемо основні накази України, які медична сестра повинна знати для якісного виконання своїх обов'язків:

-№635 від 09.09.2014р. «Облік медикаментів»;

-№494 від 07.08.2015р. «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;

-№325 від 08.06.2015р. «Про затвердження державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами»;

-№552 від 11.08.2014р. «Про затвердження державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, перед-стерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я»»;

-№333 від 13.05.2013р. «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів в закладах охорони здоров'я»;

-№38 від 28.03.1994р. «Про організацію та проведення заходів по боротьбі з педикульозом»;

-№221 від 12.03.2010р. «Про затвердження медичних рекомендацій «Очищення, дезінфекція та стерилізація наркозно-дихальної апаратури»»;

-№236 від 04.04.2012р. «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами резистентними до дії антимікробних препаратів»;

-№723 від 04.11.2015р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С»;

-№293 від 30.04.2014р. «Про затвердження інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції, та прання білизни у закладах охорони здоров'я»;

-№120 від 25.05.2000р. «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим ВІЧ-інфекцією/СНІД»;

-№955 від 05.11.2013р. «Про проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків»;

-№798 від 21.09.2010р. «Про затвердження методичних рекомендацій» «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу»;

-№181 від 04.04.2008р. «Про затвердження методичних рекомендацій «Епідеміологічне спостереження за інфекціями області хірургічного втручання і їх профілактика»».

Головна роль медичної сестри полягає у професійному догляді за пацієнтами.

Догляд - це комплекс заходів, метою яких є полегшення стану пацієнта і досягнення сприятливого результату захворювання. Відділення реанімації оснащене сучасними засобами догляду за важкими хворими, увесь медичний персонал спеціально підготовлений для здійснення догляду і до реанімаційних заходів у будь-якому необхідному об'ємі. Велике значення мають гігієнічні заходи.

Наприклад, післяопераційним хворим треба щодня:

- здійснювати гігієнічну обробку шкірних покривів,

- зміну постільної білизни,

- проводити гігієну порожнини рота, очей, носових ходів, щоб уникнути приєднання вторинної інфекції.

Також треба приділити велику увага профілактиці ускладнень, зокрема профілактиці пролежнів. Цей комплекс заходів особливо значимий для категорії важких хворих. Проводиться профілактика трофічних уражень шкіри і підшкірної клітковини; інфекційних ускладнень з боку сечостатевої системи (уретри, цистити); шлунково-кишкового тракту (запори); дихальної системи (гнійні трахеобронхіти, пневмонії).

При здійсненні догляду за пацієнтами застосовуються елементи сестринського процесу. У хворого, що перебуває в повній свідомості

з'ясовуються його проблеми і скарги, щоб задовольнити його соціальні та вітальні потреби, потреба в спілкуванні.

Лікувально-профілактичний і гігієнічний догляд за пацієнтами реанімаційного відділення включає в себе наступний комплекс заходів:

• Догляд за шкірою - обробка шкірних покривів пацієнта професійними спецзасобами, приділяючи особливу увагу зонам мацерації, попрілостей.

• Туалет хворого: умивання, обробка очей, носа, вух, ротової порожнини, гоління, миття голови.

• Туалет зовнішніх статевих органів.

• Приготування ліжка.

• Догляд за постійним сечовим катетером (зміна катетера, промивання сечового міхура розчином антисептика (за клінічними показаннями); туалет зовнішніх статевих органів.

• Догляд за трахеостомою (зміна трахеостоміческой трубки, санація ТБД, зміна стерильних пов'язок не рідше 2 разів на добу, з обробкою поверхні рани).

• Профілактика та догляд пролежнів.

У хворих, які страждають різними важкими захворюваннями, що примушують їх до тривалого знаходження в одному положенні, нерідко з'являються пролежні. Місцем частого утворення пролежнів є: крижі, область лопаток, п'яти, тобто ті місця, де шкіра піддається тривалому здавленню між кісткою і постіллю. Кожне функціональне ліжко у відділенні повинно бути обладнане протипролежневими матрацами. З метою профілактики пролежнів, змінюється положення тіла хворого кілька разів на день, якщо дозволяє його стан. Стежать за відсутністю на постільній білизні складок. Щодня потрібно протирати шкіру дезінфікуючими розчинами і протекторами; щодня, або кілька разів на день, або по мірі забруднення

треба міняти постільну білизну. При зміні постільної білизни проводиться щадний масаж місць з явищами застою кровообігу способом розтирання і вібрації.

• Добовий раціон повинен бути досить калорійним. У ньому повинен обов'язково бути присутнім білок, вітамін «С», достатня кількість рідини, якщо немає протипоказань.

Крім догляду важливим є аспект етики та деонтології у роботі медичної сестри.

В роботі медперсоналу реаніматологічної служби часто зустрічаються проблеми етико-деонтологічного характеру, що пов’язано з специфікою роботи в даній галузі. Дійсно, випадки, які стаються в екстреній медицині, зокрема в реаніматології, нерідко непередбачені і часто фатальні.

Ситуації, які виникають у чотирикутниках (лікар-сестра-хворий-родичі хворого) несуть на себе відбиток драматизму, пов’язаного з реальною загрозою життю людини. З одного боку, психічне і фізичне навантаження, яке лягає на плечі медперсоналу, дійсно високе: перед ними стоїть задача діяти чітко і професійно в максимальні стислі відрізки часу. З іншого боку, родичі пацієнта знаходяться під тягарем очікування можливої смерті свого близького, в зв’язку з чим виправдано пред’являти високі вимоги до медичного персоналу.

У відношенні один до одного співробітники повинні пам’ятати, що спеціального поділу відповідальності за дію, проступок для різних категорій спеціальностей (лікарів і сестер) немає, кожний в повній мірі відповідає за свої дії (або без дії) відповідно зі своїми службовими обов’язками. Намагання перекласти провину на іншого – шлях відомо тупиковий.

У відділенні реанімації, де смерть пацієнта - ситуація, на жаль, не рідка, чергова бригада повинна працювати чітко, злагоджено, з повною довірою один до одного, «однією командою» .

Реанімацію треба проводити максимально швидко і вміло. Якщо реанімаційні заходи проводяться на очах у родичів, у останніх, у випадку смерті пацієнта, не повинно складатися враження, що допомога проводилася недостатньо кваліфіковано. Погане враження на родичів (і не тільки на них) справляє «не доглянутий» вигляд хворого, який знаходиться у реанімаційному відділенні: брудні і зірвані пов'язки, пом'ята брудна ліжкова білизна, клекочуще дихання при погано санованих дихальних шляхах.

Розглянемо наступні взаємовідносини між медичними працівниками :

А) Відносини "Медсестра - Пацієнт"



Медична сестра зобов'язана бути:

- витриманою і привітною у спілкуванні з пацієнтом. Неприпустимими як фамільярність і панібратство так і надмірна сухість і офіційність;
- звертатися до хворих треба на «Ви» і по імені та по батькові;
- не можна в присутності хворих обговорювати встановлений діагноз, план лікування, говорити про захворювання сусідів по палаті;
- забороняється ставити під сумнів правильність проведеного лікування в присутності хворого;
- перед важкими і болючими процедурами медсестра повинна роз'яснити у доступній формі значення, сенс і необхідність їх для успішного лікування і зняти психоемоційне напруження.

Б) Відносини "Медсестра – Родичі (близькі) пацієнта:



- Необхідно зберігати стриманість, спокій і тактовність;

- Особам, які доглядають за важкохворими роз'яснювати правильність виконання процедур і маніпуляцій;

- Розмовляти тільки в межах своєї компетенції (не має право розповідати про симптоми, про прогноз захворювання, а повинна направити до лікаря);

- Відповідати на питання спокійно, неквапливо, навчати правильному догляду за важкохворими.

В) Відносини "Медсестра - Лікар":



- Неприпустимі грубість, зневажливе ставлення в спілкуванні;

- Виконувати лікарські призначення своєчасно, чітко і професійно;

- Терміново інформувати лікаря про раптові зміни в стані хворого;

- При виникненні сумнівів у процесі виконання лікарських призначень в тактовної формі з'ясувати всі нюанси з лікарем у відсутності хворого.

Г) Відносини "Медсестра - Молодший медперсонал":



- Повинні дотримуватися взаємоповага;
- Контролювати тактовно, ненав'язливо діяльність молодшого медперсоналу;
- Неприпустимі грубість, фамільярність, гордість;
- Неприпустимо робити зауваження в присутності хворих і відвідувачів

Д) Відносини "Медсестра - Медсестра":



- Неприпустима грубість і неповажне ставлення до колег;
- Зауваження повинні робитися тактовно і в відсутності хворого;
- Досвідчені медсестри повинні ділитися з молодими своїм досвідом;
- У складних ситуаціях повинні допомагати один одному.

Підсумовуючи все вищенаведене можна сказати, що левова частка медпрацівників в Україні та усьому світі – це саме представники медсестринської професії. І саме вони є головними провідниками між пацієнтом та лікарем, саме вони проводять з хворими найбільше часу і краще розуміють потреби пацієнтів. Однак роль медсестер у суспільстві є недооціненою. Тому 2020 рік став роком медсестринства і МІНЗДРАВ України впроваджує зміни в цю ситуацію та ввести європейські стандарти. Отже, у світлі медичної реформи роль медсестри у лікувальному процесі має змінитися - має зрости її значимість та авторитет , бо медсестра, насамперед, це головний повноцінний помічник лікаря!

РОЗДІЛ 2 Власні дослідження

2.1 Історія КНП МКБЛ №17 ХМР

У світлі останніх подій ми вирішили згадати, як була побудована відома міська будівля, яка використовувалася і використовується й досі для медичних потреб, а саме лікарня №17 м. Харкова.

Раніше вищевказана лікарня називалась - Миколаївська лікарня.

Вона була побудована в 1895-1900 роках на просп. Московському, під №195. Її творці - архітектори Георгій Шторх, Аотфред Шпігель і Борис Корнеєнко. У той час лікарня розташовувалася на околиці міста. Спочатку, вона була розрахована на 100 ліжок. А по сусідству (будинок №197) була побудована «Зразкова робоча поліклініка» або «Палац санітарної освіти» в 1925-1927 роках архітекторами Віктором Естровичем і Олександром Линецьким.(див. рис. №1)



Рис.1 Миколаївська лікарня

Зараз це Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня №17, розрахована на 629 ліжок.(див. рис. №2)



Рис. Харківська міська клінічна багатопрофільна лікарня №17

Розглянемо лікувально-профілактичні відділення КНП МКБЛ №17 ХМР:

1) Приймальне відділення
2) Травматологічне відділення (50 ліжок)
3) Травматологічне відділення дитяче (60 ліжок)
4) Цілодобовий травматологічний пункт
5) І Хірургічне відділення (60 ліжок)
6) ІІ Хірургічне відділення (60 ліжок)
7) Хірургічне відділення гнійне (40 ліжок)
8) Токсикологічне відділення (25 ліжок)
9) Операційний блок

10) Відділення ХОСПІС (80 ліжок)

11)Терапевтичне відділення (60 ліжок)

12) Педіатричне відділення (60 ліжок)

13) Кардіологічне відділення (60 ліжок)

14) Неврологічне відділення (60 ліжок)

15)Відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії (14 ліжок).

Відділення анестезіології - реанімації КНП МКБЛ №17 ХМР, організоване у 1989 році з відкриттям нового хірургічного корпусу, на підставі МОЗ СРСР № 841 від 1986 р. має у своєму складі лікувальні та службові приміщення:

- анестезіологічний підрозділ,
- «чиста» палата інтенсивної терапії на 6 койко-місць,
- «гнійні» палати інтенсивної терапії у кількості 2 шт. по 3 койко-місць у кожній палаті. (Загалом ліжок для інтенсивної терапії - 12 шт.)
- VIP-1 палата інтенсивної терапії у кількості 1 шт.,
- VIP-2 палата інтенсивної терапії у кількості 1 шт.,
- лікарський пост у палатах інтенсивної терапії у кількості 1 шт,
- пост сестринський цілодобовий – 4 шт.,
- пост молодших медичних сестер за доглядом – 2 шт.
- процедурну (маніпуляційну),
- ординаторську,
- сестринську,
- кабінети завідуючого відділенням,
- кабінет старшої сестри,
- апаратну кімнату,
- експрес-лабораторію,
- санвузли та душові,
- боксовану палату з окремим входом,
- рекреаційні приміщення (холи, коридори).

Основний принцип структури відділення – це реанімаційна зала у центрі, а по периметру палати інтенсивної терапії. Таке розміщення дає можливість негайного доступу до всіх хворих і можливість спостереження за всіма пацієнтами з сестринського поста.

До кожного ліжка зі всіх сторін є вільний доступ з урахуванням застосування спеціальної апаратури для реанімації і моніторингу, з ізоляцією (зорової та звукової) пацієнтів один від другого.

Вільний зв'язок з черговим реаніматологом, черговими спеціалістами, допоміжним та технічним персоналом.

Всі приміщення обладнані заземленням, підставками для апаратури вмонтованими на стінах, а також мати доступ до проточної води. До кожного ліжка підведений кисень, системи розрядження (для активного дренування) і стисненого повітря для роботи апаратів ШВЛ з пневматичним приводом.

На рис.3 можемо побачити, що відділення обладнується наркозною та дихальною апаратурою, кардіомоніторами, дефібриляторами і кардіостимуляторами, обладнанням для екстракорпоральних методів лікування (гемосорбція та інші), електровідсмоктувачами, інгаляторами, портативним рентгенівським апаратом, наборами для інтубації трахеї, трахеостомії, катетеризації центральних вен, плевральної і люмбальної пункцій, мішками «Амбу», зондами і катетерами, функціональними ліжками, необхідним лабораторним обладнанням і медикаментозними засобами.





Рис.3 Обладнання реанімаційного відділення

Оснащення відділення обладнане контрольно-діагностичною, наркозно-дихальною та лікувальною апаратурою.

Таблиця №1

№	Оснащення відділення	Кількість в робочому стані (шт.)
1	Апарати ШВЛ	6
2	Наркозно-дихальні апарати	9

Розглянемо детальніше:

Таблиця №2

№	Повна назва апарату	Країна-виробник	Рік випуску/введення в експлуатацію	Кіл-ть (шт.)
1	РО-6	СРСР	1989	3
2	Бриз	Україна	2007	1
3	Фаза-8	Україна	2007	3
4	Carina System	Німеччина	2008	2
5	Newport HT-50	США	2009	1
6	Servo-i	Швеція	2008	1
7	Leon	Австрія	2009	2
8	Mindrey SV 300	Великобританія	2015	1
9	Mindrey Wato EX-35	Великобританія	2015	1
Всього:				15

Відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) оснащене спеціальним інвентарем та моніторами (моно- та поліфункціональні), а також пульсоксиметрами.

Таблиця №3

№	Повна назва апарату	Країна-виробник	Рік випуску/введення в експлуатацію	Кіл-ть (шт.)
1	Ютас-300	Україна	2008	1
2	Leon	Швеція	2009	2
3	Пульсоксиметр	КНР	2012	10
4	Пульсоксиметр	КНР	2015	10
5	Монітор пацієнта G3D Multi-parametr – 6 шт.	Корея	2015	1
6	Mindray – 1 шт.	Корея	2015	1
Всього:				25

Таблиця №4

Інвентар	**Кіл-ть (шт.)**
Ларінгоскоп	12
Мішок «Амбу»	4
Настінний дозатор кисню	2
Електровідсмоктувач	6
Дефібрилятор	3
Електрокардіостимулятор	1
Електрокардіоскоп	9
Апарат рентгенівський діагностичний палатний	1
Апарат УЗД	1
Дозатор лікарських речовин	3
Кровать функціональна	14
Нагрівач рідини	5

На догоспітальному етапі реанімаційна допомога надається шляхом проведення штучного дихання «рот до рота», непрямого масажу серця. Вона надається бригадами «швидкої допомоги», які обладнані засобами для проведення ШВЛ і інфузійної терапії, а спеціалізовані реанімаційні та травматологічні бригади – дихальною апаратурою, дефібриляторами, кардіомоніторами, наборами для інтубації трахеї, трахеостомії, катетеризації центральних вен.

Кваліфікована реанімаційна допомога надається в відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), які можуть бути багатопрофільними або спеціалізованими (хірургічні, кардіологічні, неврологічні, інфекційні, опікові та інші). В нашому випадку - багатопрофільна реанімація.

Основне завдання нашого відділення - це здійснення комплексу заходів для відновлення і підтримки порушених в зв'язку з (травмами, захворюваннями, операціями) життєво важливих функцій, а також надання методичної допомоги і навчання медичного персоналу і населення заходам реанімації.

У штаті реанімаційного відділення КНП МКБЛ №17 ХМР працюють кваліфікаційні співробітники, які своєчасно проходять курси підвищення кваліфікації:

А) для лікарів – передатестаційні курси, та тематичні курси ХМАПО,

Б) для медичних сестер – коледж ХМАПО.

Штатні посади й укомплектованність відділення реанімації можна подивитись у Таб. № нижче:

Таблиця №5

№ п/п	ПОСАДИ	Штатні	Зайняті	Фізичних осіб	
				основні	сумісники
1	Зав. відділенням	1,0	1,0	1	-
2	Лікар анестезіолог	14,0	14,0	14	1
3	Лікар анестезіолог-дитячий	1,75	1,75	-	7(по 0,25)
4	Старша сестра медична анестезіст	1	1	1	-
5	Сестра медична анестезіст	13,75	13,75	14	
6	Сестра медична стаціонару	19,75	19,75	21	2
7	Молодша медична сестра по догляду за хворими	11	11	10	
8	Сестра-господарка	1,0	1,0	1	
	УСЬОГО:	63,25	63,25	62	10

1.2 Цифрові показники роботи реанімаційного відділення за звітний період (2018-2020рр.)

Щоб перейти до цифрових показників роботи реанімаційного відділення лікарні №17 м. Харкова, потрібно визначитись з основними показаннями та протипоказаннями для госпіталізації хворих в реанімаційне відділення:

- кома гіпоглікемічна;
- кома гіперглікемічна;
- анафалактичні реакції;
- гостра дихальна недостатність (астматичний статус, важка пневмонія, пневмоторакс тощо);
- травматичний шок;
- гострий панкреатит;
- гостра серцево-судинна недостатність (інфаркт міокарда, набряк легень, тяжке порушення ритму серця, колапс тощо);
- гостра ниркова та печінкова недостатність;
- тяжкі отруєння, судомні стани;
- епилепсія;
- розповсюджений перитоніт;
- великі операції і тяжкий післяопераційний період;
- стан після перенесеної клінічної смерті;
- сепсіс;
- порушення гемостазу (ТЕЛА, ДВЗ синдром, велика кровотеча, гемоліз крові тощо).

Протипоказання до госпіталізації хворих у ВРІТ:

- хронічно невиліковні захворювання в термінальних стадіях (хронічна ниркова та печінкова недостатність, хронічна серцево-судинна недостатність тощо);

- злоякісні новоутворення з метастазуванням, інфекційні контагіозні захворювання при неможливості ізоляції хворих (менінгіт, вірусний гепатит тощо).

У Харківській міській клінічній багатопрофільній лікарні здійснюється консультативна та реанімаційна допомога.

За статистичними даними ми можемо побачити динаміку хворих людей з патологічними станами, які перебували у відділенні реанімації ХБМКЛ №17 за останні три роки (2018-2020 рр.). Отже, отримані наступні результати : пацієнтів з патологічними станами у 2019 році стало більше на 52,2% ніж у 2018 році, а у 2020 році патологічних станів на 35,5 % більше аніж у 2020 році.

Таблиця № 6

Патологічні стани за 2018, 2019, 2020 роки

№	Патологічні стани	Кіл-ть за 2018 рік	Кіл-ть за 2019 рік	Кіл-ть за 2020 рік
1	Анафілактичні реакції	16	7	20
2	Бронхіальна астма	6	9	11
3	Геморагічний шок	4	1	3
4	Гіпертонічний криз	9	20	22
5	ТЕЛА	8	13	16
6	ІХС-ГКС ГССН	20	32	35
7	Гостра серцево-судинна недостатність	34	29	36
8	Термінальний стан	8	14	16
9	Кома гіперглікемічна	6	14	15
10	Кома гіпоглікемічна	4	11	14
11	Порушення мозкового кровообігу	4	24	20

12	Травматичний шок	4	1	2
13	Сепсіс	5	17	20
14	Гострий панкреатит	8	47	60
15	Гостра пневмонія	21	60	255
16	ГШКК(шлунково- кишкові кровотечі)	28	40	50
17	Синдром ендоген. інтокс.	18	50	48
18	Цироз печінки	5	23	36
19	Епілепсія	6	3	4
20	Екзогенне отруєння	2	37	40
Всього:		216	452	701

Аналізуючи статистику за 2018-2020 роки ми можемо зробити висновки, що найбільше звернень до відділення реанімації за наступними патологіями:

1 місце – гостра пневмонія

2 місце гострий панкреатит

3 місце – кишково-шлункові кровотечі,

це можна побачити нижче на рис 2.1.

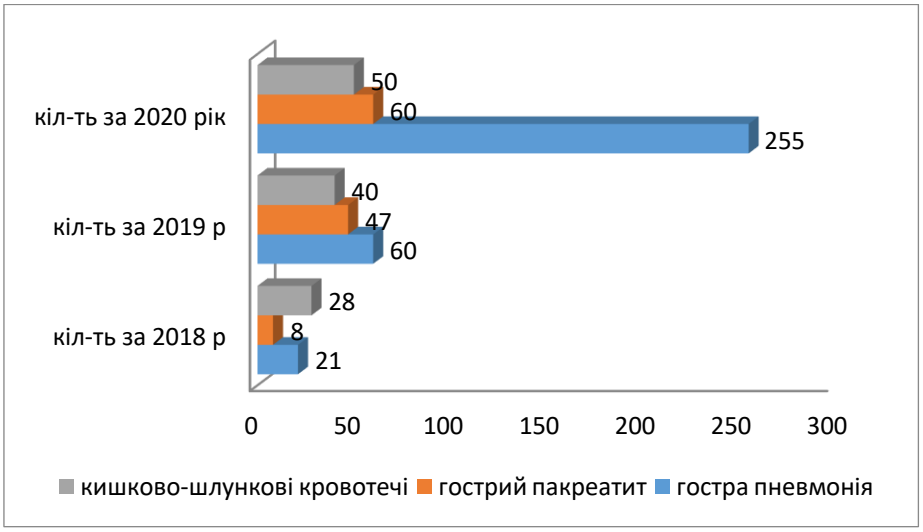


Рис.2.1 Динаміка звернень за патологіями до реанімації за 2018, 2019, 2020 рр.

На рис. 2.1.2 ми можемо побачити динаміку росту всіх патологічних станів за звітний період (2018-2020 рр.)

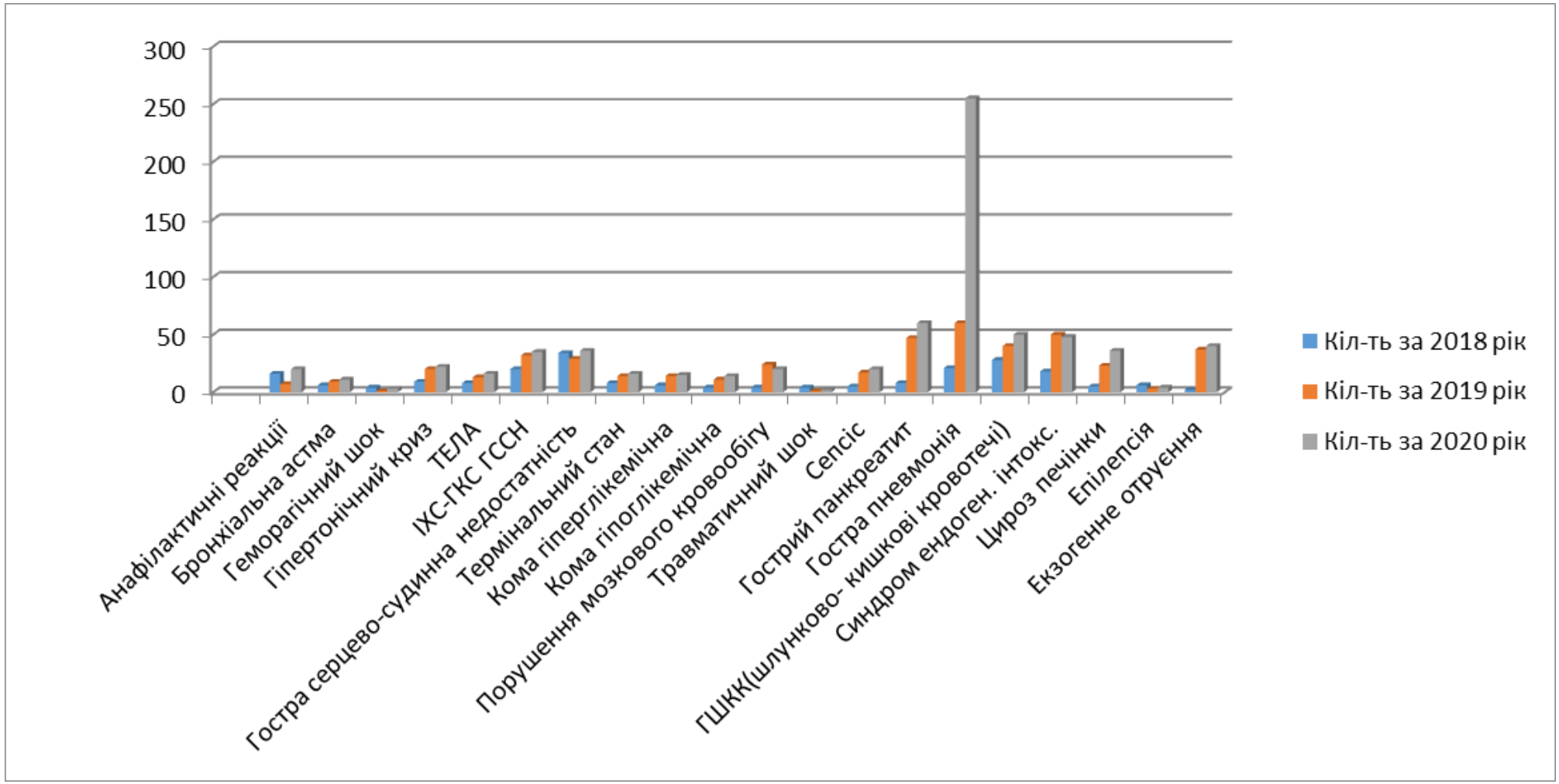


Рис. Діаграма патологічних станів за 2018,2019,2020 рр.

У Харківській міській клінічній багатопрофільній лікарні № 17, а саме у реанімаційному відділенні здійснювались наступні види інтенсивної терапії, котрі можна побачити у таблиці №1 :

Таблиця

Рік	Перидуральна анестезія (шт)	Катетеризація підключичної вени (шт)	Трахеотомія (шт)	ШВЛ (шт)
2018 рік	28	73	56	105
2019 рік	31	138	80	128
2020 рік	51	201	98	207

Аналізуючи отримані дані, ми можемо побачити прямо пропорційну динаміку зросту (див. рис. 1.3.2):

- Консультативних оглядів у 2019 році стало більше на 9,8% порівняно з 2018 роком, а у 2020 році консультативних оглядів стало більша на 39,2 % аніж у 2020 році;
- Катетеризація підключичної вени у 2019 році зросла на 47,1% порівняно з 2018 роком, а у 2020 році збільшилась на 31,3% аніж у 2020 році;
- Трахеотомія у 2019 році збільшилось на 30,0% порівняно з 2018 роком, а у 2020 році зросло на 18,4 % аніж у 2020 році,
- ШВЛ у 2019 році збільшилось на 18,0% порівняно з 2018 роком, а у 2020 році зросло на 38,2 % аніж у 2020 році.

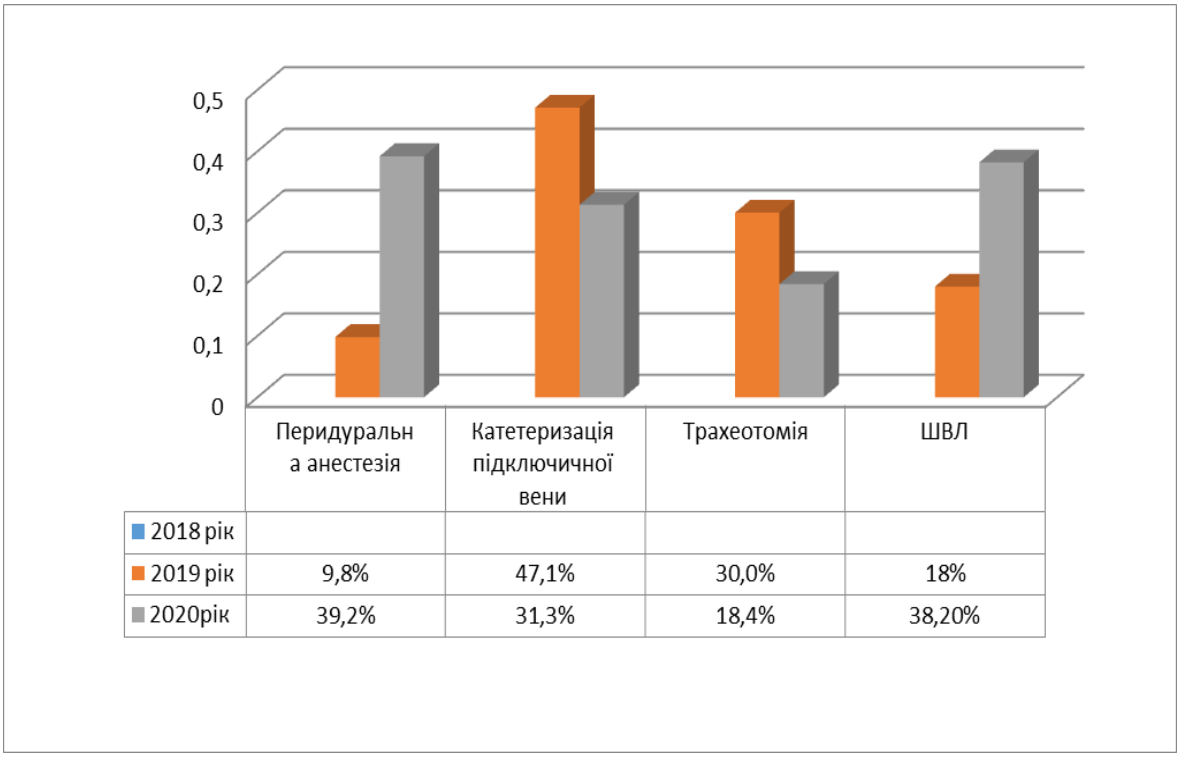


Рис.1.3.2 Діаграма консультативних оглядів за останні три роки

У палаті інтенсивної терапії знаходяться хворі з порушенням життєво-важливих функцій організм з усіх підрозділів лікарні, а також пацієнти після значних по об'єму оперативних втручань. Палати також використовуються як післянаркозні до стабілізації життєво-важливих функцій організму.

Розглянемо рух та летальність хворих відділень ХКМБ №17 за 2017-2020 рік представлених нижче у таб.1,2,3

Таблиця1

Рух ті летальність хворих відділень за 2018-2019 рік

№ п/п	Відділення	Показник			
		Загальна кількість		Померлі хворі	
		2018	2017	2018	2017
1	1-е Хірургічне	529	520	50	42
2	2- Хірургічне	485	517	31	19
3	Гнійної хірургії	373	331	23	15

4	Травматології	169	176	5	3
5	Дитячої травматології	13	18	0	0
6	Кардіологічне	33	38	11	13
7	Терапевтичне	106	95	38	41
8	Неврологічне	20	11	3	1
9	Дитяче соматичне	1	1	0	0
10	Токсикологічне	58	37	15	12
11	ХОСПІС	5	3	3	2
УСЬОГО:		1792	1747	179 (9,98%)	150 (8,58%)

Таблиця№ 2

Рух ті летальність хворих відділень за 2018-2019 рік

№ п/п	Відділення	Показник			
		Загальна кількість		Померлі хворі	
		2019	2018	2019	2018
1	1-е Хірургічне	463	529	65	50
2	2- Хірургічне	745	485	42	31
3	Гнійної хірургії	226	373	24	23
4	Травматології	190	169	9	5
5	Дитячої травматології	17	13	0	0
6	Кардіологічне	28	33	11	11
7	Терапевтичне	97	106	41	38
8	Неврологічне	9	20	1	3
9	Дитяче соматичне	1	1	0	0
10	Токсикологічне	64	58	13	15
11	ХОСПІС	3	5	1	3
УСЬОГО:		1846	1792	206 (11,16%)	179 (9,98%)

Таблиця №3

Рух ті летальність хворих відділень за 2018-2019 рік

№ п/п	Відділення	Показник			
		Загальна кількість		Померлі хворі	
		2020	2019	2020	2019
1	1-е Хірургічне	625	463	79	65
2	2- Хірургічне	801	745	50	42
3	Гнійної хірургії	265	226	35	24
4	Травматології	203	190	11	9
5	Дитячої травматології	28	17	0	0
6	Кардіологічне	39	28	13	11
7	Терапевтичне	85	97	81	41
8	Неврологічне	11	9	2	1
9	Дитяче соматичне	2	1	0	0
10	Токсикологічне	68	64	10	13
11	ХОСПІС	8	3	2	1
УСЬОГО:		2135	1846	283 (12,28%)	206 (11,16%)

З наведених статистичних даних можна зробити наступні висновки, що кількість хворих, які потребують у перебуванні в палаті інтенсивної терапії суттєво не змінилася за 2017-2020 рр., найбільше хворих спостерігається у наступних відділеннях:

1 місце - 1-е Хірургічне відділення;

2 місце - 2-е Хірургічне відділення ;

3 місце - відділенні Гнійної Хірургії,

детальніше це можна побачити нижче на рис.1

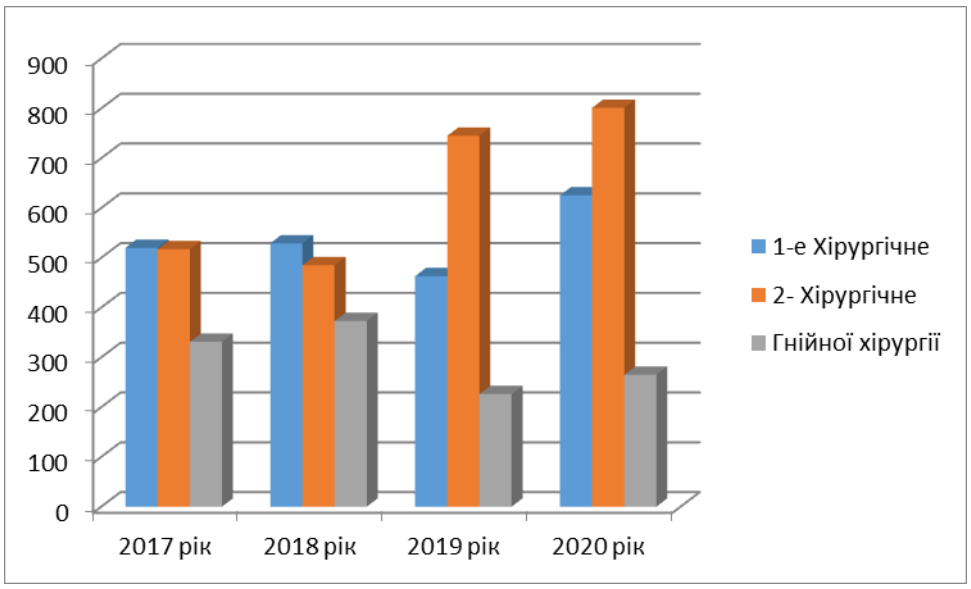


Рис. Загальна кількість хворих у відділеннях лікарні №17

Аналізуючи отримані дані, дійшли висновку, що летальність у всіх відділеннях ХБКЛ №17 за 2017-2020рр. незначна, динаміка летальності прямо пропорційно збільшується з кожним роком у середньому на 1,2% – 1,4%.

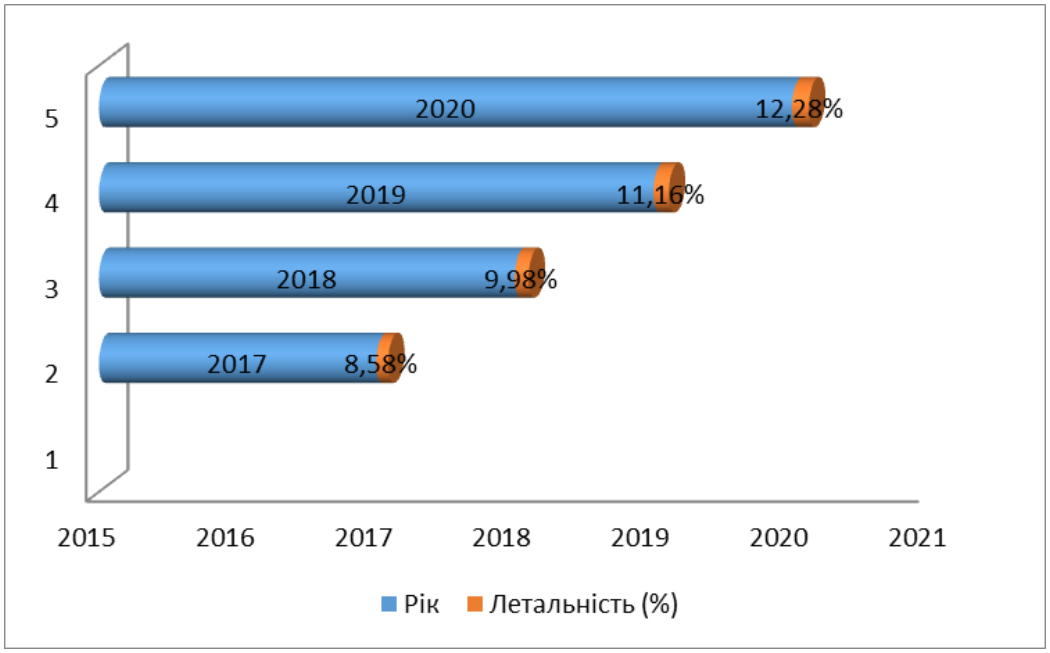


Рис. Летальність у всіх відділеннях ХКБЛ №17 за 2017-2020 рр.

З показників, вказаних у таблиці №1 можно побачити позитину динаміку, що кількість пролікованих хворих у 2018 році на 2,7% більше порівняно з 2017 роком, кількість пролікованих пацієнтів у 2019 році на 12% більше ніж у 2018р, та кількість хворих, яких пролікували у 2020 році на 23,7% більше порівняно з 2019роком.

Таблиця

Показники роботи ПІТ за даними статвідділу лікарні за 2017-2020 рр.

№ п/п	Показник	2017	2018	2019	2020
1	Фактично ліжко/день	2976	2939	3223	4001
2	Кількість пролікованих (вибувших)	1665	1712	1945	2550
3	Померлі	150	178	207	288
4	Летальність %	9,01%	10,4%	10,64%	11,30%
5	Середній ліжко/день	1,8	1,7	1,7	1,5
6	Оборот ліжка	138,8	142,7	162,1	204,7
7	Зайнятість	248	143	268,6	287,2

За даними статвідділу бачимо, що летальність у палаті інтенсивної терапії за останні чотири роки (2017-2020 рр.) менше ніж 1,4% (див. рис.1), якщо порівнювати цей показник з летальністю по всіх відділеннях лікарні №17 (1,2% - 1,4%), то можемо робити висновки, що летальність майже однакова, а це свідчить про майстерну професійність співробітників, як реанімаційного відділення, так і інших відділень лікарні в цілому.



Рис. Летальність у ПІТ за звітний період.

1.3 Методика роботи медичної сестри ВРІТ

Аналізуючи роботу відділення і контингент пацієнтів, які лікувалися у лікарні № 17 за звітний період (2017-2020рр.), помітно збільшилося зростання пацієнтів з захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Основним завданням в лікуванні післяопераційних пацієнтів є ведення раннього післяопераційного періоду, а також профілактика і лікування ускладнень, які можуть розвинутися в пацієнтів у зв'язку з анестезією і оперативним втручанням.

Розглянемо медсестринський процес догляду за післяопераційними пацієнтами у нижченаведеній таблиці.

Таблиця

Проблеми пацієнта	**Характер сестринських втручань**
Післяопераційний біль	- Знеболювання за призначенням лікаря

Проблеми, пов'язані з сечовипусканням	- Провести заходи, які спонукають до сечовипускання - При неефективності провести катетеризацію сечового міхура
Нудота, блювота	- Надати положення, що дозволяє уникнути аспірації блювотних мас - Застосування протиблювотних засобів за призначенням лікаря - Спорожнити шлунок зондом
Проблеми, пов'язані з кишківником	- Введення газовідвідної трубки - Постановка клізм - Медикаментозна стимуляція кишківника - Контроль за відходженням газів, стільцем
Післяопераційне харчування	- У першу добу - голодування і обмеження у питві - Дотримання дієти: поступовий перехід від «0» столу до загального стол - Проведення парентерального і зондового харчування за призначенням лікаря
Стан пов'язок, дренажів	- Спостереження за станом пов'язки - Контроль за функціонуванням дренажів, не допускати випадання і перегинання дренажів
Фізична активність	- Створювати режим фізичної активності - Навчити пацієнта міняти положення тіла в ліжку, підніматися, сідати

Як вже зазначалося вище, однією з проблем може бути післяопераційний біль. Адекватна терапія післяопераційного болю в даний час розглядається в якості невід'ємної частини хірургічного лікування. Купірування післяопераційного болю не тільки зменшує страждання пацієнта, але і знижує частоту післяопераційних ускладнень. Оцінка болю є важливим елементом ефективного післяопераційного знеболювання.

Розглянемо ***принципи адекватної оцінки болю***, якими повинна володіти кожна медсестра реанімаційного відділення**:**

• Дослідження інтенсивності болю здійснюється як в спокої, так і при рухах пацієнта, що дозволяє оцінити його функціональний статус.

• Ефективність знеболювання визначається оцінкою інтенсивності болю до, і після призначення кожного анальгетика або методу анальгезії.

• У відділенні реанімації, де знаходяться пацієнти з болем високої інтенсивності, її оцінка на початковому етапі лікування здійснюється кожні 15 хвилин, а потім, у міру зниження інтенсивності, кожні 1-2 години.

• Інтенсивність болю, ефективність знеболювання, а також наявність побічних ефектів реєструється в «Карті інтенсивного спостереження і лікування». Це необхідно для дотримання наступності лікування болю, а також контролю його якості.

• Раптове посилення інтенсивності болю, особливо пов'язане з появою таких ознак, як гіпотензія, тахікардія, лихоманка, вимагає негайної клінічної оцінки стану пацієнта, оскільки може бути пов'язано з розвитком інфекційних ускладнень, тромбозів глибоких вен нижніх кінцівок тощо.

Для визначення інтенсивності болю використовують спеціальні шкали оцінки болю. Використання якоїсь однієї шкали в межах нашої лікарні дозволяє всьому персоналу, який займається знеболенням, «говорити однією мовою». На малюнку представлені різні варіанти шкал самооцінки болю і кожна медсестра реанімаційного відділення повинна володіти ними:

А. Оцінка болю по виразу обличчя: піктограма шести осіб з різною мімікою, що відбиває спектр відчуттів від посмішки та гарного настрою до страждання. Ця шкала може бути використана у пацієнтів, спілкування з якими ускладнене.



Рис. Шкала оцінки інтенсивності больових відчуттів за обличчам

Б. Вербальна рейтингова шкала: пацієнта просять оцінити біль по одному з шести критеріїв: відсутність болю, слабка, середня, сильна, нестерпний біль.



Рис. Вербальна рейтингова шкала болю

В. Цифрова рейтингова шкала: є відрізком прямої з цифрами від 0 до 5, де 0 відповідає повній відсутності болю, а 5 - максимально можливої, нестерпного болю.

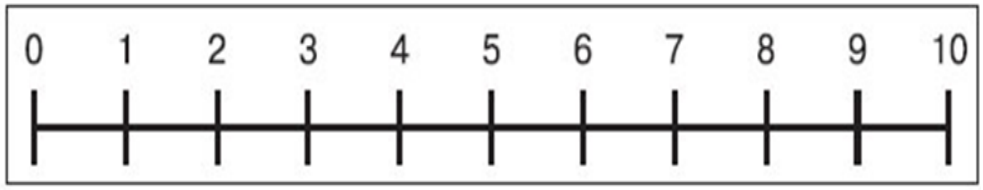


Рис. Цифрова рейтингова шкала болю.

Г. Візуально-аналогова шкала (ВАШ): є відрізок довжиною 10 см, без поділів і цифр, початок якого має позначення «болю немає», а закінчення

- «нестерпний біль». Пацієнт робить позначку на цьому відрізку в точці, яка відображає інтенсивність його болю.



Рис. Показники ступеню тяжкості за ВАШ

Догляд за пацієнтами після оперативного втручання на кишківнику, крім проведення сестринського процесу, включає в себе догляд за стомою, який ведеться на підставі стандарту сестринських маніпуляційних технологій «Догляд за колостомою, ілеостомою».

Стома регулярно оглядається, оцінюється її колір, цілісність лінії шва між стомою і шкірою. Червоний колір кишки означає її життєздатність, кишка з порушеним кровообігом виглядає темною (чорною).

Залежно від локалізації стоми змінюється характер виділень. Розглянемо у таблиці нижче локалізацію стоми, консистенцію виділень та порушення водного балансу у хворих с захворюваннями на кишківник.

Таблиця

Локалізація	**Тип виділень, консистенція**	**Порушення водного балансу**
Клубова кишка	Від рідкого до пастоподібного	Спостерігати за ознаками зневоднення при сильному проносі
Висхідна кишка	Від рідкого до м'якого	Спостерігати за ознаками зневоднення при сильному проносі

Поперечно-ободова кишка	М'яке	Може виникнути при проносі
Сигмовидна кишка	Від рідкого до сформованого стільця	Зазвичай не є проблемою

Після операції основна відмінність стомованих пацієнтів від будь-якого іншої людини полягає в тому, що вона позбавлена можливості керувати діяльністю свого кишківника, здійснювати функцію утримання калових мас і газів. Однак, виконуючи нескладні рекомендації та використовуючи сучасні засоби догляду за стомою, можна не тільки зберегти звичний спосіб життя, але і в деяких випадках повернутися на роботу - таких прикладів сотні.

Оскільки слизова оболонка кишківника надзвичайно ніжна і вразлива, догляд за стомою - це, перш за все дотримання правил гігієни і захист стоми від травмування. Проте, навіть при самому ретельному догляді за стомою, з неї періодично можливе виділення крапельок крові. Цього не слід лякатися, ніяких особливих заходів в подібних випадках не потрібно. Як правило, стома надійно захищена від травм, перебуваючи в калоприймачі. При його відсутності рекомендується використовувати густі нейтральні мастила: цинкову мазь, пасту Лассара. Обмивати стому і шкіру навколо слід круговими спіральними рухами теплою водою з милом, не забуваючи змивати його в кінці процедури за допомогою м'якої серветки. Аналогічної серветкою після миття промокальними рухами слід обсушити шкіру і стому. Це робиться перед змазуванням шкіри або наклеюванням калоприймача, який наклеюється тільки на чисту, суху і нічим не змащену поверхню).

Дуже часто пацієнти після операції переводяться у відділення реанімації на подовження ШВЛ. Настільки ж часто трапляється порушення свідомості у хворого, виражене тахіпное за участю допоміжної мускулатури, патологічні ритми дихання є показанням для інтубації трахеї і переведення хворого на керовану ШВЛ. Тривалість ШВЛ обчислюється годинами, цілодобово, тижнями, іноді місяцями. Таке тривале заміщення дихання

пред'являє високі вимоги не тільки до апаратури, а й до всього медперсоналу. Контроль за станом пацієнта в процесі ШВЛ повинен бути ретельним.

Завжди треба пам'ятати, що хворий абсолютно безпорадний і десятки причин можуть в будь-який момент призвести до непоправних наслідків та смерті.

Розглянемо основні вимоги при проведенні ШВЛ:

• Забезпечення прохідності дихальних шляхів контроль накладення інтубаційних трубок, своєчасна аспірація вмісту трахеобронхіального дерева, інгаляції муколтіческіх антибактеріальних препаратів, вібраційний масаж грудної клітки і т.д.;

• Періодичний контроль ДО, пікових тисків вдиху і видиху, ХОД, газового складу крові, КОС;

• Регулярна реєстрація основних показників функції кровообігу;

• Систематичний контроль рівномірності вентиляції легень;

• Регулярна реєстрація температури тіла, контроль діурезу, щільності сечі, балансу рідини;

• При тривалій ШВЛ - раціональне парентеральне або зондове харчування, контроль діяльності кишечника, профілактика інфекції сечових шляхів, пролежнів;

• Профілактика ускладнень, пов'язаних з тривалим перебуванням інтубаційної або трахеостомічної трубки в дихальних шляхах;

• Зволоження та обігрів дихальної суміші, що важливо для слизової оболонки трахеї і бронхів;

• Своєчасне переведення пацієнта на самостійне дихання при ретельній оцінці основних показників, які свідчать про адекватність спонтанності дихання.

Існує наступна схема проведення деяких діагностичних і лікувальних заходів в процесі тривалої ШВЛ, якою керується реанімаційна медсестра, вказана у таблиці нижче:

Таблиця

Заходи	**Періодичність**
Оцінка ступеня свідомості, кольору і вологості шкірних покривів	В денний і нічний час - щогодини
Вимірювання артеріального тиску, пульсу	Щогодини
Вимірювання ЦВТ	Постійно
Моніторне спостереження	Постійно
Контроль параметрів ШВЛ	Щогодини
Діурез, клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі	Щодня, при погіршенні стану частіше
Рентгенографія легенів	У перші 4 - 5 діб щодня, потім - за показаннями
Цитобактеріологічні дослідження мокротиння	Кожні 3 - 4 дні
Поворот пацієнта	У денний час - щогодини, в нічний - через 2 години
Постуральний дренаж	3 - 4 рази на добу на 30 - 40 хв.
Аспірація секрету з дихальних шляхів, вібраційний масаж грудної клітини	До і після кожного повороту
Промивання дихальних шляхів, фібробронхоскопія	За показаннями
Зміна інтубаційної трубки	За показаннями
Годування пацієнта, парентеральне харчування	До 6 разів на добу, постійно
Обробка порожнини рота	4 – 5 разів на добу
Очисні клізми	Через день
Промивання сечового міхура	3 – 4 рази на добу
Догляд за респіратором	2 – 3 рази на добу

Пацієнт, якому проводять ШВЛ, не може розмовляти, якщо навіть свідомість збережена. Він висловлює скарги і прохання знаками або пише на папері. Спілкування з хворим, позбавленим мови, зазнають численні неприємні відчуття і незручності, вимагає співчуття до його страждань, великого терпіння, постійної уваги.

У пацієнтів, які перебували на ШВЛ короткий час, метод переведення на самостійне дихання не має великого значення. Після тривалого ШВЛ переведення хворого на самостійне дихання проводиться поступово.

Зволікати з переведенням хворого на самостійне дихання не можна, тому що це загрожує втомою та атрофією дихальних м'язів. На початку хворий дихає самостійно через інтубаційну трубку або через трахеотомічну канюлю по 5-15 хвилин 2-6 разів на денний час,а потім періоди поступово збільшуються.

Більш тривале дихання через трубку призводить також до втоми дихальних м'язів. Тому хворому пояснюється процедура екстубації. Узголів'я піднімється на 30-45 °. Під рукою завжди повинно бути все необхідне для повторної інтубації. Ретельно має відсмоктуватись мокротиння. Манжетку здувають спочатку на половину, а потім повністю. Витягають ендотрахеальну трубку, дають зволожений кисень через маску. Хворого просять добре відкашлятися і зробити кілька глибоких вдихів. Визначають АТ, ЧСС, ЧДР, заносять в карту інтенсивного спостереження.

Після закінчення роботи весь анестезіологічний інструментарій, комплектуючі деталі ШВЛ проходять дезінфекцію високого рівня при повному зануренні в дезинфектант. Далі промиваються під проточною водою та сушаться. З'ємні частини дихального контура стерилізуються в ЦСВ.

Клапан вдиху стерилізують в етиловому спирті 70 - 60 хвилин. Корпус апарату ШВЛ двічі протирають стерильною ганчір'ям, змоченим в дезрозчині (Санікон, Інтердез, тощо).



Рис. 14. Апарат для штучної вентиляції легенів Mindrey SV 300, який використовується в ВРІТ.

Цей апарат повністю збирають та перевіряють на готовність до роботи:

1. Переконатися, що всі приєднувальні елементи добре підходять один до одного;
2. Перевірити, що в зволожувач залита стерильна дистильована вода;
3. Переконатися, що кисневий шланг приєднаний до центральної кисневої системи;
4. Приєднавши до адаптера респіратора дихальний мішок, переконається, що він роздувається під час вдиху і легко спадає під час видиху.

Для запобігання забруднення апарату мікроорганізмами, в дихальний мішок наливають спиртовий розчин хлоргексидину. Апарат накривають чистою пелюшкою. З огляду на те, що у відділенні в будь-який момент може виникнути ситуація, що вимагає негайного початку ШВЛ, апарат слід постійно зберігати повністю зібраним та укомплектованим. Повна

комплектність кожного респіратора повинна бути обов'язковою умовою роботи в реанімаційному відділенні.

У тих випадках, коли передбачається тривале проведення ШВЛ, показана трахеотомія. Трахеотомію виконують з дотриманням суворих правил асептики, як при будь-якій порожнинній операції. Оперують в основному в операційній під загальним знеболенням, з додаванням місцевої анестезії. Канюлю закріплюють, обводячи навколо шиї хворого дві зав'язки, протягнуті в отвір щитка, і зв'язавши їх між собою на бічній поверхні шиї легко зав’язують вузлом. Неприпустимо пришивати щиток канюлі до шкіри. Під щиток підкладають розрізану до половини стерильну марлеву серветку, яку необхідно міняти кожні 4-5 годин і в міру забруднення. Догляд за хворим після трахеотомії вимагає великого досвіду і уваги.

Показання та протипоказання до трахеотомії

Третє правило реанімації говорить: «Якщо є сумніви, чи треба накладати трахеостому чи ні, то, значить, показана операція трахеотомії».

Показання до трахеотомії:

1. Основні показання

а) гострий стеноз гортані;

б) порушення дренажної функції трахеобронхіального дерева;

в) некомпетентність нервово-м'язового апарату дихання.

2. а) абсолютні;

б) відносні.

3. а) екстрені;

б) термінові;

в) планові.

Протипоказання до трахеотомії:

1. Відмова хворого і родичів.

2. Трахеохондромаляція.

3. Анатомічні труднощі в області шиї.

4. Коагулопатія.

5. Раніше виконувалися операції на шиї.

Выбір трахеотомичної трубки:

1. Металеві:

Недоліки:	відсутність манжети; неможливість ШВЛ

2. Пластикові з манжетою низького тиску:

Недоліки:	відсутність змінної внутрішньої канюлі
Переваги:	наявність манжети; можливість ШВЛ

3. Пластикові трубки зі змінною внутрішньою канюлею і манжетою низького тиску:

Переваги:	можливість ШВЛ; наявність манжети

4. Трахеотомічна трубка з можливістю надманжеточної аспірації та забезпечення дренування мокротиння, яке накопичується в легенях:

Переваги:	можливість ШВЛ; можливість надманжеточної аспірації

Тиск в манжеті має вимірюватися спеціальним манометром.

Методи трахеотомії:

1. Конікотомія.

2. Відкрита трахеотомія.

3. Черезшкірна дилятаційна трахеотомія.

Переваги трахеотомії перед інтубацією:

• безпека дихальних шляхів;

• виключення травматизації зв'язкової і голосового апарату гортані;

• зниження мертвого простору і опору дихальних шляхів;

• простота санації дихальних шляхів і ротової порожнини;

• можливість перорального харчування.

Рання трахеотомія або продовжена інтубація трахеї:

• менше днів на ШВЛ і в реанімації;

• менше пневмоній;

• менше пошкоджень рота і порожнини;

• нижче частота випадкових екстубація;

• нижче летальність.

Причини несприятливого ефекту і можливі ускладнення трахеотомії:

• порушення фізіології дихання;

• механічний вплив трахеотомичної трубки;

• ускладнення, пов'язані з виконанням процедури трахеотомії;

• недотримання правил догляду за трахеостомою.

Алгоритм аспірації вмісту трахеобронхіального дерева через інтубаційну і трахеотомічну трубку у хворих, які перебувають на ШВЛ

Мета:

1. Видалення секрету з просвіту інтубаційної і трахеотомичної трубки і нижніх відділів трахеї.

2. Отримання матеріалу для бактеріологічного аналізу.

показання:

1. Булькатіння в трубці.

2. Поява бульбашок в тубусі трубки.

3. Наростання явищ гіпоксії і гіперкапнії у хворого.

4. Підвищення тиску в контурі апарату ШВЛ на вдиху при контролі вентиляції за об'ємом.

5. Зниження об'єму вентиляції при ШВЛ, контрольованої по тиску.

6. Виявлення патологічної мікрофлори.

Правила проведення трахеобронхіальної аспірації:

1. При виконанні даної процедури пацієнт повинен знаходиться на спині.

2. Цю процедуру повинні виконувати дві особи, бажано лікар та медсестра.

3. Маніпуляція здійснюється при строгому дотриманні асептики.

4. Включати розрядження тільки після того, як кінець катетера підведений до місця відсмоктування, інакше травмується слизова пацієнта.

5. Відсмоктування не повинно бути більше 10-15 сек за раз.

Етапи	**Обгрунтування**
Оснащення	
1. Вакуумний аспіратор з регулюванням ступеню роздратування	Для проведення вакуумної аспірації
2. Набір стерильних катетерів: а) діаметр катетера повинен бути менше, ніж половина діаметру трубки; б) отвори повинні бути на кінці катетеру і з боку.	Профілактика інфікування ТБД а) попередження виникнення ателектазів; б) для більш ефективної аспірації секрету.
3. Монітор	Здійснювати контроль ЧСС та сатурації
4. Шприць для розпускання раздувной манжети	Профілактика пролежнів трахеї

5. Стерильні рукавички	Запобігти кросконтамінацію через руки персоналу
6. Стерильний фізіологічний розчин натрію хлориду	Для розрідження мокроти і полегшення її видалення
7. Стерильні пробірки з середовищем	Для взяття матеріалу на бакпосіви
І. Проведення процедури	
1. Пояснити пацієнту сенс маніпуляції	Знизити емоційні та фізичні страждання хворого і по можливості домогтися співпрацювання
2. Провести перкусійні масаж грудної клітини	З метою поліпшення відходження мокроти
3. Провести преоксігенацію 100% киснем протягом 2 хвилин	Профілактика гіпоксії
4. Розпустити манжетку інтубаційної трубки	Профілактика пролежнів трахеї
5. Провести гігієнічну обробку рук, надіти стерильні рукавички	Профілактика кросконтамінациі
ІІ. Виконання процедури	
Ввести стерильний катетер в тубус трубки так, щоб його кінець не виходив за зріз трубки більше, ніж на 1-2 см.	Видалити секрет з нижніх відділів трахеї. Більш глибоке введення може травмувати слизову трахеї та дозволити санувати тільки один бронх.
2. Включити вакуумний аспіратор з розрідженням не більше 100 мм вд. ст.	Профілактика бронхотравм
3. Провести прерівчасте видалення мокротиння, витягуючи і повертаючи катетер навколо своєї осі. Аспірацію проводити не більше 15 сек.	Для більш ефективного видалення мокротиння. Профілактика гіпоксії.

4. Ввести фізіологічний розчин натрію хлориду в обсязі 5 мл до аспірації, яку проводять через 5 дихальних циклів.	Для розрідження мокроти і більш ретельного її видалення.
5. Повторне виконання процедури провести через 10-15 дихальних циклів апарату ШВЛ зі 100% киснем і після відновлення ЧСС і сатурації.	У разі розвитку порушення ритму серця і різкого падіння сатурації в ході маніпуляції - аспірацію припинити.
6. За необхідністю забрати секрет з ТБД для бакдослідження в стерильну пробірку з середовищем. Матеріал береться до початку антибактеріальної терапії, потім в плановому порядку 2 рази на тиждень.	Для отримання початкового результату і своєчасного початку антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості.
7. Надути манжетку інтубаційної трубки, щоб тиск в ній був не більше 25 см Вд. ст.	З метою профілактики аспірації та пролежнів трахеї.
8. Провести видалення секрету з порожнини рота, ротоглотки і носових шляхів.	Запобігти затіканню вмісту ротової порожнини в дихальні шляхи.
III. Закінчення процедури	
1. Провести контроль показників моніторингу та повторну аускультацію.	Переконатися в ефективності процедури і відновленні ЧСС та сатурації.
2. Промити шланг аспіратора. Дезінфікувати.	Механічне очищення. Профілактика ВЛІ.
3. Утилізувати використані катетери та рукавички після відповідної дезінфекції.	Профілактика виникнення і поширення ВЛІ
4. Занести відомості про проведену процедуру в карту спостереження.	Контроль за регулярністю проведення маніпуляції, своєчасне виявлення ускладнень.

Будь-яке захворювання і будь-яка травма можуть при важкому їх перебігу призвести до коми. Але найбільш часто кома виникає при первинному ураженні головного мозку в результаті важкої гіпоксії, черепно-мозкової травми, крововиливу в мозок, запалення мозкових оболонок і тканини мозку, при отруєннях і тяжких порушеннях обміну.

Залежно від тяжкості ураження мозку кома підрозділяється на кілька стадій: легку, середньої тяжкості і тяжку. Для визначення глибини пригнічення свідомості використовується шкала Глазго, по якій медичній сестрі у реанімації буде краще орієнтуватися.

Таблиця

Шкала коми Глазго

Ознака	Оцінка	Характер реакції
Відкривання очей	4	Самостійне
	3	За наказом
	2	На біль
	1	Відсутня
Краща мовна відповідь	5	Повністю правильна
	4	Утруднена, уповільнена
	3	Неправильна
	2	Невиразна
	1	Відсутня
Краща рухова реакція	6	Повністю нормальна
	5	Вказує на місце болю
	4	Отдергивание в ответ на боль
	3	Згинання у відповідь на біль
	2	Розгибання у відповідь на біль
	1	Відсутня

Певна сума балів дозволяє оцінити рівень пригнічення свідомості:

- 15б - ясна свідомість;
- 14-13б - оглушення;
- 9-12б - сопор;
- 4-8б - кома;
- 3б - смерть мозку.

Інтенсивна терапія включає в себе реанімаційні заходи. Їх головна мета попередити посилення і зменшити існуючу гіпоксію мозку, для цього необхідно:

• відновити вільну прохідність дихальних шляхів

• нормалізувати кровообіг

• навіть при зовнішньому відсутності ознак порушення дихання і кровообігу мати напоготові все для проведення ШВЛ і масажу серця.

Розглянемо повсякденний сестринський процес у реанімаційному відділені у таблиці нижче:

Таблиця

Проблеми пацієнта	**Характер сестринських втручань**
Дихальна недостатність	• оксигенотерапія • використання воздуховода • контроль показань пульсоксиметра • проведення ШВЛ спільно з лікарем
Ризик утворення пролежнів	• профілактика розвитку пролежнів відповідно до алгоритму профілактики пролежнів різного ступеня.
Втрата фізичної активності	• забезпечити пацієнтові догляд за очима, вушними раковинами, порожниною носа і

	рота, згідно з алгоритмами сестринської діяльності
Наявність трахеостоми	• здійснювати догляд за трахеостомою відповідно до алгоритму догляду пацієнтів з трахеостомою.
Проблеми, пов'язані з кишківником	• контроль за випорожненням кишечника • постановка очисної клізми за призначенням лікаря
Проблеми, пов'язані з харчуванням	• зондовое годування 6 разів на добу • проведення парентерального харчування
Проблеми, пов'язані з сечовипусканням	• використання памперсів • наявність постійного сечового катетера і догляд за ним • контроль за діурезом
Серцево-судинна недостатність	• зняття ЕКГ • постійний кардіомоніторинг

Відділення реанімації також оснащено сучасними засобами догляду за важкими хворими, весь медичний персонал спеціально підготовлений для здійснення догляду і реанімаційних заходів в будь-якому необхідному обсязі. Велике значення мають гігієнічні заходи. Післяопераційним хворим потрібно щодня здійснювати гігієнічну обробку шкірних покривів, зміну постільної білизни, проводити гігієну порожнини рота, очей, носових ходів, щоб уникнути приєднання вторинної інфекції. Слід велику увагу приділити профілактиці ускладнень, зокрема профілактики пролежнів: відповідно до галузевого стандарту «Протокол ведення хворих. Пролежні ».

Основні принципи догляду за післяопераційними хворими полягають в наступному:

1. Правильне розміщення пацієнта на ліжку. Обов'язкова наявність протипролежневих матраців, а так само додаткових валиків і подушок для комфортного положення пацієнта і щоб уникнути пролежнів в найбільш уразливих ділянках тіла.

2. Наявність поперечної простирадла на ліжку. Важливо не тягнути пацієнта, а піднімати над поверхнею ліжка на простирадлі щоб уникнути тертя і зсуву тканин.

1. Постільна білизна має бути бавовняна, яка пропускає повітря. Простирадла не повинні мати складок і швів, їх слід заправляти під матрац так, щоб при найменшому русі пацієнта вони не збиралися у складки.

2. Після кожного годування необхідно оглядати ліжко на наявність крихт.

3. Слід змінювати положення тіла пацієнта кожні дві години, незалежно від того, який у пацієнта матрац. Ввечері треба заздалегідь обговорити з пацієнтом, яке положення він буде приймати в нічні години. Наявність у пацієнта дренажів, промивних систем, крапельниць і т.д. не дає підстав не повертати пацієнта.

4. При кожному переміщенні потрібно оглядати ділянки ризику виникнення пролежнів.

5. Ні в якому разі не робити масаж на гіперемійованих ділянках шкіри, тим більше в області кісткових виступів.

6. При проведенні гігієнічних процедур потрібно користуватися рідким або м'яким милом, махровим рушником або м'якою губкою. Шкіру слід ретельно висушувати промокальними рухами. Якщо шкіра надто суха і є ризик розтріскування, - користуватися зволожуючим або живильним кремом.

7. Деякі пацієнти можуть страждати мимовільним сечовипусканням і дефекацією. У таких випадках слід негайно проводити гігієнічний догляд і зміну постільної білизни.

8. Добовий раціон повинен бути досить калорійним. У ньому повинен обов'язково бути присутнім білок, вітамін «С», достатня кількість рідини, якщо немає протипоказань.

9. При надходженні до стаціонару починається спілкування медсестри, як з пацієнтом, так і з його близькими і родичами. Медсестра проводить навчання пацієнта і родичів техніці переміщення, проведення гігієнічних процедур, розповідає про основні чинники ризику виникнення пролежнів і показує області, в яких вони найчастіше з'являються. Навчаючи пацієнта і родичів, медсестра знаходить собі помічників.

1.4 Психологічний аспект в роботі з післяопераційними хворими хворими

Сестринський процес - новий вид діяльності сестринського персоналу в нашій країні, що є стрижнем всієї дисципліни «Сестринська справа», включає в себе не тільки обговорення з пацієнтом всіх можливих проблем, пов’язаних з його хворобою, але й психологічна допомога в їх вирішенні і це є природньо в межах сестринської компетенції, бо медсестра є частково психологом для пацієнтів.

На медичних сестер покладено величезний громадський обов'язок - турбота про збереження здоров'я людей і повернення до життя хворих, тобто їм доручено фізичне здоров'я і життя людини.

Взаємовідносини медичних сестер з пацієнтами в відділенні реанімації та інтенсивної терапії мають свої особливості. Пацієнти, що надходять сюди, як правило, знаходяться у важкому стані. Уже сам факт термінової госпіталізації більшості пацієнтів завдає велику психічну травму, викликає серйозні побоювання за життя, їм здається, що руйнується їхнє життя та вважається крах їхніх життєвих планів і сподівань.

Слово «реанімація» часто діє на хворих жахливо, пацієнти відчувають страх та тривогу. Крім того, моральні переживання у них нерідко поєднуються з важкими фізичними стражданнями.

На нашу думку, для здійснення сестринського процесу медична сестра повинна володіти не тільки необхідним рівнем теоретичних знань та виконувати сестринські маніпуляції, а також мати навички професійного психологічного спілкування з пацієнтом.

Враховуючи все вищенаведене, ми прийшли до висновків, що робота з післяопераційними хворими - це дуже важка праця, і для позитивної динаміки одужання хворих, зусилля пацієнта, лікаря та медсестри повинні бути тісно пов’язані між собою.

Ми пропонуємо 3-х етапну модель динаміки психологічного стану післяопераційних хворих, яку, на наш погляд, необхідно брати до уваги медсестрам, лікарям та іншим фахівцям, що працюють з післяопераційними пацієнтами і надають їм медичну допомогу .

1 етап. Психологічна задача хворого – прийняття себе, свого тіла і свого захворювання в рамках ситуації, що склалася.

Відчуваючи інтенсивні негативні емоції, хворий проходить стадії від заперечення до прийняття характеру свого захворювання не тільки на когнітивному рівні (коли хворий поінформований про своє захворювання, та його наслідки), але і на емоційному рівні.

Емоційне прийняття себе, свого тіла у рамках хвороби можливо тільки в процесі вербалізації переживань (висловлювання своїх страхів та занепокоєнь).

На цьому етапі від лікаря потрібна емпатія та адекватне інформування хворого про стан його здоров'я . А від медсестри потрібно розуміння переживань пацієнта, медсестра на даному етапі повинна допомагати хворому не тільки висловлювати свої переживання, емоції та почуття, а й виказувати свої відчуття у тілі. Коли пацієнт усвідомлює, що висловлюючи свої переживання та непокоєння, він отримає і медичну і психологічну підтримку - це перший крок до контролю свого стану у рамках тяжкого захворювання. В результаті перерозподілу психоемоційної напруги у пацієнта знижується тривожність, потім відбувається прийняття себе, свого тіла у рамках недуги, що дозволяє йому надалі активно і відповідально лікуватися.

2 етап. Психологічна задача хворого - адаптація себе, яка полягає в тому, щоб навчитися жити в умовах хвороби. Якщо сталося прийняття себе, свого тіла у рамках хвороби, то у хворого виникає бажання лікуватися, дотримуватись дієти, рекомендацій лікарів, контролювати ситуацію

захворювання, жити в тій мірі, в якій це можливо за для позитивної динаміки одужання.

У цей період пацієнт повинен звертається не тільки до зовнішніх ресурсів (лікарі, сім'я, друзі, товариші по службі), а й до внутрішніх (надія, сила волі, терпіння, оптимізм, бажання жити).

Особливе значення на цьому етапі належить контакту лікаря і пацієнта: обговорення питань, пов'язаних із захворюванням і його лікуванням, дозволяє хворому відчути свою участь в лікуванні. У зв'язку з цим від лікаря необхідні чіткі і зрозумілі рекомендації, як жити в умовах хвороби і лікування. Від медсестри необхідна стовідсоткове прийняття пацієнта, емпатія та психологічна підтримка, налаштування пацієнта на внутрішній оптимізм та на виконання всих призначень лікаря.

У процесі психологічної підтримки хворий навчається контролювати свій стан і настрій в ситуації хвороби, отримує можливість звернутися до прихованих емоцій, почуттів та вербалізувати їх, виявити свої внутрішні та зовнішні ресурси. Хворий набуває новий досвід, який дозволяє йому жити в зміненій життєвої ситуації.

3 етап. Психологічна задача хворого - зміна і форматування особистості, пошук сенсу життя, переоцінка життєвих цінностей після операбельної хвороби. Даний етап характерний для пацієнтів, які пройшли описані вище етапи і переживають захворювання як тимчасову кризу. Психологічна робота, спрямована на самозміну, особистісний ріст, - і все це є найбільш тривалим, але діючи процесом.

Психологічна допомога від медичного персоналу не є необхідністю для кожного пацієнта, так як не можна недооцінювати особистість самого хворого в процесі адаптації до існуючого захворювання, але ми вважаємо, що за для позитивної та швидкої динаміки одужання для пацієнтів дуже важлива психологічна підтримка, як від лікаря так і від медсестри в цілому.

ВИСНОВКИ

1. Науково-технічний прогрес і сучасні медичні технології зобов'язують сестру палати інтенсивної терапії бути в курсі всього нового в області анестезіології та реанімації, хірургії та терапії, знати нормативні акти в області асептики, стерилізації, обслуговування апаратури, догляду за пацієнтами.

2. На стандартні функції сестри накладаються додаткові вимоги, пов'язані з розробкою і вдосконаленням нових методик проведення різних маніпуляцій.

3. Для медичної сестри головною умовою досягнення загальної мети в складній, багатопрофільної діяльності є професійна підготовка, відповідна професійна компетентність.

4. Впровадження в повсякденну роботу нових медичних технологій зумовило зміна праці медичної сестри. Знадобилося освоєння спеціальної сучасної апаратури, придбання навичок при підготовці та роботі з новими витратними матеріалами, використання сучасних дезінфектантів.

5. Впровадження сучасних принципів догляду за внутрішньосудинними катетерами в практичну діяльність лікувальних установ, розробка загальноприйнятих стандартів дозволить істотно знизити частоту ускладнень, пов'язаних з катетерасоційованною інфекцією.

6. У своїй роботі сестри відділення анестезіології та реанімації в злагоді з етичним кодексом медсестри України слідують принципам етики і деонтології партнерства, конфіденційності, індивідуального психологічного підходу до пацієнтів і шанобливого ставлення до кожної особистості.