

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА

(ЯКУТИЯ)

ГБПОУ РС(Я) «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Допущен к защите

Уч. зам. директора по УР

Иванова М.Н. Иванова М.Н

УСМАНОВ УЙУСХАН АНДРЕЕВИЧ
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО
ОПЕРАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУ РС(Я) «РБ№2-ЦЭМП»

Выпускная квалификационная работа
по специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Студент отделения «Сестринское дело»

Усманов У.А.

Группа СД – 37

Руководитель- преподаватель

Пестерева В.К.

г.Якутск -2019г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В ОПЕРАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ	6
1.1. Структура и оснащение операционного отделения.....	6
1.2. Санитарно-эпидемиологические мероприятия	14
ГЛАВА II. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ОПЕРАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУ РС(Я) РБ №2 ЦЭМП.....	21
2.1 Деятельность Централизованного операционного отделения ГБУ «РБ№2-ЦЭМП» в период с 2016 по 2018 годы	21
2.2 Роль медицинской сестры в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП.....	27
ВЫВОДЫ	31
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	34

ВВЕДЕНИЕ

Высокотехнологичная медицинская помощь – это комплекс лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых в условиях стационара с использованием сложных и подчас уникальных медицинских технологий. Например, стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование, трансплантация органов, нейрохирургические операции, лечение онкологических заболеваний, оперативные вмешательства при патологии глаз. Примером могут служить способы оказания медицинской помощи, при которых применяются роботизированная техника, генная инженерия, клеточные и информационные технологии, которые, в свою очередь, разрабатываются современной наукой.

Главный критерий ее получения — наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний. Медицинские показания к ВМП определяет лечащий врач в больнице или поликлинике. Он же оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП в профильную клинику, в случае если ВМП включена в базовую программу ОМС. Если не включена, он направляет медицинские документы пациента в департамент здравоохранения. На заседании комиссия департамента здравоохранения может принять одно из трех решений: поставить на учет для оказания ВМП, отказать в постановке на учет, направить на дообследование.

Законодательством в области здравоохранения установлены типы ВМП, которые могут быть предоставлены гражданам. Среди них имеются:

- трудоемкие случаи имплантации и трансплантации;
- хирургические, реконструктивные, а также пластические операции некоторых органов;
- операции с применением робототехники;
- терапия осложнений, вызванных сахарным диабетом.
- реконструктивные и пластические медицинские вмешательства на промежности;
- лазерное излучение гинекологических проблем;
- операции в области желудка и пищеварительного тракта;

- микрохирургические операции, осуществляемые с применением микроскопа;
- сложная терапия пациентов с широкими ожогами;
- хирургия образований надпочечников.

Операционное отделение позволяет реализовать хирургам свое искусство во всех областях, при этом медицинские сестры выполняют значительный объем работ, так как они являются основными организаторами, исполнителями, правильность действий которых зависит от знаний и практических навыков. Операционная медсестра занимается укладкой пациента на операционный стол, сохранением стерильности до конца операции, приготовлением и подачей инструментария оперирующему, строгим подсчетом перевязочного материала, т.е., психологической поддержкой пациента при проведении хирургического вмешательства под местной анестезией.

Актуальность. В наше время множество людей нуждается в высокотехнологичной медицинской помощи и благодаря этой государственной программе, утвержденной Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года №930н "Об утверждении порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы", их количество будут иметь возможность получить её сегодня, а многим она спасет жизнь. Благодаря этой программе уже проведено множество уникальных операций, в том числе и в области пластической хирургии, появились новые методы диагностики, расширились возможности по оказанию помощи больным нуждающимся в трансплантации органов и тканей, достигнуты огромные успехи в области лечения бесплодия.

Возможность в получении высокотехнологичной медицинской помощи ежегодно расширяется. В ГБУ «РБ №2-ЦЭМП» проводятся ВМП операции по следующим профилям: абдоминальная хирургия, нейрохирургия, отоларингология, травматология и ортопедия, челюстно-лицевая хирургия. Установлены плановые объемы государственного задания за счет ассигнований федерального и республиканского бюджета.

Роль операционной медицинской сестры в оказании высокотехнологичной медицинской помощи велика. Возникают некоторые противоречия между тем, что было раньше, современные тенденции таковы, что постепенно происходит изменение старых стереотипов, медицинская сестра сейчас выполняет роль настоящего ассистента хирурга, помощника и партнёра. Медицинская сестра выполняет вспомогательные функции, обеспечивает работу операционной бригады, действует инициативно, как игрок команды, нацелена на результат, вовлечена целиком в оперативный процесс, как необходимое и ответственное звено.

Все вышеуказанные и явилось актуальностью темы выпускной квалификационной работы.

Цель: Изучение роли медицинской сестры при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в Централизованном операционном отделении ГБУ «РБ№2-ЦЭМП».

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические аспекты организации работы в операционном отделении ГБУ «РБ№2-ЦЭМП».
2. Проанализировать деятельность Централизованного операционного отделения за последние три года (2016-2018гг) в ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП.
3. Определить роль медицинской сестры в оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ В ОПЕРАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ

1.1. Структура и оснащение операционного отделения

Операционное отделение — это структурное подразделение больницы, состоящее из операционных и комплекса вспомогательных и обеспечивающих помещений, предназначенное для проведения хирургических операций.

Централизованное операционное отделение (ЦОО) является структурным подразделением ГБУ РС (Я) РБ №2-РЦЭМП. Работа централизованного операционного отделения организуется во взаимодействии с другими структурными подразделениями больницы. Деятельность централизованного операционного отделения регламентируется действующим законодательством, соответствующими нормативными документами. Основными задачами отделения являются обеспечение условий для проведения хирургических операций, создание условий для обеспечения инфекционной безопасности больных и сотрудников при проведении хирургических операций, концентрация медицинской аппаратуры, оборудования, инструментария и рациональное их использование.

На сегодняшний момент операционное отделение имеет производственную базу с мощностью 14 операционных залов для обеспечения работы 8 отделений хирургического профиля.

В 2017 году в РБ№2-ЦЭМП был внедрен метод "сухой" заправки хирургических инструментов, подразумевающий элемент полного цикла оборота инструментария, исключая дезинфекцию на месте, при современно-оборудованном Централизованном стерилизационном отделении; исключение контакта загрязненного инструментария с дезинфектантами - необходимое требование при обороте инструментов медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях, то есть в Централизованное стерилизационное отделение инструмент доставляется в "сухом" виде, в специализированных контейнерах. Дальше уже по обычной схеме - термодезинфектор - автоклав. В результате использования:

- можно исключить дезинфекцию на месте(она будет производиться исключительно в Централизованном стерилизационном отделении);

- транспортировка загрязненного инфицированного инструментария будет осуществляться в закрытых, соответственно просертифицированных контейнерах, возвращаясь в операционное отделение в том же контейнере в стерильном состоянии и в той же комплектации;
- высвобождается время для операционной медицинской сестры для выполнения ее прямых обязанностей;
- уменьшается объем дезинфицирующих средств, используемых в операционном отделении;
- минимизируется химическая агрессия современного дорогого хирургического инструментария;
- минимизируется контакт операционных медицинских сестер с дезинфицирующими средствами и вероятность травматизации при первичной дезинфекции инструментария.

Так же, вместе с внедрением метода "сухой заправки" был внедрен трекинг медицинского инструментария, позволяющий контролировать все изделия, проходящие обработку в Централизованном стерилизационном отделении, одновременно составляя отчеты, сохраняя записи, которые регистрируют мойку, упаковку, процесс стерилизации, имена ответственного персонала, а также фиксирует несоответствия.

Основополагающим принципом организации работы в операционной является строжайшее соблюдение правил асептики. Соблюдение режима начинается с планирования операционного дня. В соответствии со степенью инфицированности операции определяют операционные, где будет выполняться оперативное вмешательство и его очередность. Операции выполняют, соблюдая очередность от менее инфицированной к более инфицированной. Режим работы операционного блока предусматривает ограничение посещения его. Во внеурочное время в операционной никто не должен находиться. В операционную допускаются работники операционной, операционные бригады, анестезиологические бригады. Входить в операционную без необходимости запрещается. Персонал перед операцией проходит санпропускник, переодевается в специальное белье, отличающиеся по цвету от одежды сотрудников других отделений, надевает бахилы

или специальную обувь, шапочки, маски. В настоящее время вместо масок появились специальные пластиковые колпаки на лицо, из-под которых выдыхаемый воздух отсасывается специальной системой. Больные также готовятся к операции, производится мытье, смена белья, сбривание волос в области операционного поля, на голову одевается колпак. Доступ посторонних лиц (студенты, наблюдатели) максимально сокращается. Для наблюдения за операцией в современных операционных применяется телевидение. Во время операции передвижение персонала по операционному залу должно быть ограничено. Необходимо ограничить разговоры. Человек за 1 час в покое при дыхании выделяет тысяч микробных тел, а при разговоре до 1 миллиона.

Для выполнения любой операции существенное значение имеет организационная сторона дела. В операционном блоке это его общее состояние, надежное обеспечение всеми материалами, медикаментами, специальной аппаратурой и оборудованием для проведения срочных лабораторных исследований, а также хорошо обученный средний медицинский персонал. Старшая операционная медсестра отвечает за организацию всей работы в операционном блоке. Здесь должно быть предусмотрено все необходимое для трансфузии крови; нужно иметь лекарственные растворы, средства реанимации больной, если во время операции в этом возникает необходимость.

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

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

шерстяной одежде. Перед операцией следует переодеться в специальное хлопчатобумажное белье, полученное в операционном отделении. Руки хирурга требуют особенно тщательного ухода; с поверхности рук удалить микробы сравнительно легко, но значительно труднее из глубины пор или складок кожи. На руках в наибольшем количестве микробы скапливаются обычно в трещинах и естественных углублениях, например, в корнях волос, потовых и сальных железах, причем у здоровых людей до 10% этих 11 микроорганизмов патогенные, особенно при наличии кожных заболеваний. Поэтому хирург и любой другой член операционной бригады с кожными заболеваниями не имеет права принимать участие в операции.

В повседневной практике отделения давно широко используются электрохирургическая технология, применение механического шва, а за последние годы расширяется применение малоинвазивных технологий (видеоэндоскопические операции и лапаротомии из мини-доступа), микрохирургические операции, эндопротезирование крупных суставов, реконструктивно-пластические операции на позвоночнике; внедряются операции при инсультах в остром периоде, интраоперационное применение нейронавигатора. Все это требует обеспечения отделения новым оборудованием, аппаратурой, инструментарием, что является и должно рассматриваться, как неразрывный и непрерывный процесс.

Территория операционного отделения разделяется на три функциональные зоны:

- неограниченная зона состоит из служебных помещений, помещений для сбора, дезинфекции, временного хранения отходов классов "А" и "Б", использованного белья, а также технических помещений;

- полусвободная зона состоит из помещений санпропускника, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, расходных материалов, белья;

- ограниченная зона состоит из операционных залов, предоперационных.

Оснащение каждой операционной составляют:

- операционный стол,
- наркозная аппаратура,

- аппарат для диатермокоагуляции,
- оборудование рабочего места операционной сестры,
- операционная мебель,
- осветительная система,
- сигнализация,
- специальная аппаратура и оборудование, определяемые профилем операции,
- вакуум-система для отсасывания крови из операционной раны и мокроты из воздухоносных путей,
- бактерицидные лампы и др.

Требования к организации воздухообмена в операционных залах заключаются в обеспечении 10-20-кратного в час обмена воздуха, обеспечиваемого центральной системой вентиляции с кондиционированием при условии преобладания притока над вытяжкой на 20 %. Наличие шлюзов перед операционными залами препятствует перетеканию воздуха из подсобных помещений и коридоров в операционные. Количество удаляемого воздуха из нижней зоны операционного зала — 60%, из верхней — 40% (требования к качеству воздушной среды и микроклимату изложены в разделе 2.1.). Устройство бактериальных фильтров на приточных вентиляционных системах с кондиционированием предотвращает возможность загрязнения воздуха извне (при условии своевременной замены фильтров).

Во всех операционных залах были установлены автономные ламинарные потолки ТИОН А LAM, который эффективно отфильтровывает из воздуха и инактивирует (уничтожает на фильтрах) любые типы микроорганизмов, включая микобактерии туберкулеза и споры плесневых грибов, а также очищает воздух от пыли, лекарственных средств, аллергенов, вредных газов (канцерогенов, токсинов) и запахов.

Воздух и дополнительно поверхности в других помещениях операционного отделения обеззараживают с помощью бактерицидных рециркуляторов Тион А. Бактерицидный рециркулятор Тион А предназначен для снижения уровня микробной обсемененности в помещениях всех классов чистоты, включая особо

частые и инфекционные, в круглосуточном режиме в присутствии людей. Кроме обеззараживания воздуха обеспечивает комплексную очистку от пыли, аллергенов, запахов и вредных веществ (выхлопные газы, выбросы, канцерогены). Позволяет обеспечить необходимый уровень чистоты и стерильности воздушной среды в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10.

Операционные залы блока "А" оборудованы централизованной подачей наркотических газов, кислорода и для отсасывания жидкости – централизованный вакуум, приточно-вытяжная вентиляция – для обмена воздуха операционного зала.

По программе модернизации здравоохранения проводятся экстренное переливание крои во время операции на аппарате аутоотрансфузии C.A.T.S plus "Fresenius Kabi Ag". Данный аппарат является первой системой трансфузии непрерывного действия. Его использование позволяет проводить забор и переливание собственной крови, которую получают во время операции. Потерянное во время операции кровь очищается системой аутоотрансфузии непрерывного действия с отмыванием эритроцитов. Таким образом, пациенту возвращаются собственные эритроциты и восстанавливается кислородно-транспортная функция крови. Благодаря этому аппарату значительно минимизируется кровопотеря при проведении сложных операций.

С целью дезинфекции помещений при проведении генеральных уборок в операционном отделении применяется в отделении работа на аппарате GLOSAIR™ 300. Glosair™300 – это распыляющая установка, которая распыляет по всему объему мелкодисперсную аэрозоль с размером частиц 8-12мкм. Аппарат предназначен для использования при проведении генеральных уборок в качестве заключительной дезинфекции, согласно СанПиН 2.1.3.2630-10 главе II «Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность», а также главе III «Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделения) хирургического профиля». Таким образом, аппарат Glosair™300 полностью соответствует действующим санитарным правилам, является распыливающим

устройством с широким антимикробным действием (50% раствор перекиси водорода).

Температура в операционной должна быть не выше 24 градусов, влажность воздуха - не более 50%. Несмотря на эти условия, и в таких стандартных операционных можно обнаружить до 5000 микроорганизмов в 1 кубическом метре воздуха, что во многом зависит от численности обслуживающего персонала, и, следовательно, от уровня турбулентности воздуха. Этому способствует также перемещение тепловых потоков воздуха от светильников, тела больного, операционной бригады.

Требования к отделке помещений операционного блока предусматривают отделку стен, обеспечивающую легкость и эффективность дезинфекционной обработки, например, отделку плиткой стен до потолка, окраску белой масляной краской других частей помещения, применение антимикробного покрытия для стен или алюминиевых пластин. Для отделки потолка используется окраска масляной краской. Для покрытия пола применяется антистатический линолеум, электропроводный технический пластик или мрамор. Для снижения уровня статического электрического поля используется шина заземления по всему периметру помещения.

Обеспечение операционных залов наркозно-дыхательной, реанимационной аппаратурой и мониторами, следящими за функциональными параметрами организма, возложено реанимационно-анестезиологической службе.

Кислород, газообразные средства для наркоза подаются к наркозному аппарату из коллекторов, расположенных вне помещения, или из баллонов. Наиболее рациональным считается монтаж газовых коммуникаций со стороны потолка с подводкой их к операционному столу на подвижных кронштейнах. Трубки должны иметь маркировку во избежание ошибок при подключении газа. Вакуум-система располагается вне операционной и подводится к ней к тому же распределительному щиту, что и газы.

Планированием и обеспечением операционных залов рентгеновской аппаратурой занимается лучевой отдел больницы.

В организации работы операционного отделения главным является установление доброжелательных, этически корректных взаимоотношений между медицинской сестрой и врачом - хирургом. В взаимоотношениях должны быть исключены неприязнь, раздражительность, фривольность. Все должно быть подчинено идее создания оптимальных условий проведения операции ради одной цели - сохранение(спасение) жизни пациента.

1.2. Санитарно-эпидемиологические мероприятия

Важнейшее направление обеспечения безопасности работы в операционном - предупреждение госпитальных инфекций, обеспечение эпидемиологической безопасности оперативных вмешательств. Передовые ученые России и зарубежных стран еще задолго до открытия микроорганизмов успешно применяли антисептические препараты для борьбы с инфекцией в ране. Так, профессор Земмельвейс в 30-е годы XIX столетия, внедрив в практику препараты хлора, снизил осложнения и смертность в акушерской клинике в Вене более чем в 10 раз. Примерно в то же время в России Н.И. Пирогов внедрил в практику хирургического стационара такие приемы борьбы с инфекцией, как кипячение инструментов, обработка рук хирурга и операционного поля спиртом, йодной настойкой, что значительно сократило частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Проблема хирургических внутрибольничных инфекций приобрела исключительно большое значение в настоящее время, когда в лечебную практику внедряются новые технологии. Использование в этих технологиях сложной аппаратуры и инструментов выдвигают задачу их надежного обеззараживания и стерилизации.

В целях профилактики возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который утверждается руководителем организации.

Для допуска в операционную:

- персонал должен иметь санитарную книжку с допуском к работе;
- приглашенные врачи - хирурги - результаты посева из зева и носа на стафилококк;
- студенты - полный медицинский осмотр с результатами посева из зева и носа на стафилококк и заключением врача - терапевта;
- врачи - хирурги, проходящие специализацию на базе, представляют санитарную книжку с допуском к работе;

- все участники операции перед прохождением в раздевалку - душевую должны пройти в отделении контроль на отсутствие гнойничковых, острых респираторных заболеваний. Контроль осуществляется работниками операционного отделения с регистрацией допуска в журнале, согласно действующему приказу.

Подготовка персонала к операции:

- персонал в раздевалках переодевается в операционную одежду (костюмы, обувь, шапочки, маски, при необходимости фартуки);

- через дверь "Выход" проходит по чистому коридору в умывальные комнаты, где осуществляют механическую обработку рук;

В операционном зале врачи - хирурги с помощью операционной медицинской сестры обрабатывают руки антисептическим препаратом, одевают стерильные халаты, перчатки.

Выход участников операции из чистой зоны в операционных костюмах до завершения операции запрещен. Выход сотрудников Отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии(ОАРИТ) в свое отделение во время проведения операции запрещается, за исключением доставки пациента в палату пробуждения.

По окончании операции:

- участники операции кладут грязные перчатки в специально подписанный газ, халаты - в корзину для белья и проходят в раздевалки - душевые, где маски и колпаки складываются в емкости, костюмы - в ящик для белья, обувь - в контейнер для обуви;

- весь использованный инструментарий, резиновые изделия относятся в закрытой емкости в Централизованное операционное отделение для дезинфекции, предстерилизационной очистки, мойки и сушки. Исключением являются инструменты, после оперирования пациентов, перенесших гепатит, туберкулез, эхинококкоз. Эти инструменты подвергаются дезинфекции в отделении, согласно действующим приказам вышестоящих органов управления;

- Обработанные в Централизованном стерилизационном отделении инструменты доставляются в закрытых емкостях в операционное отделение, где

операционная медицинская сестра раскладывает их в контейнеры согласно списку каждого набора. Собранные контейнеры увозятся обратно в Централизованное стерилизационное отделение для стерилизации, данная транспортировка осуществляется если отсутствует метол сухой закладки.

Операционные должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата, чистоту воздуха. При размещении операционного изолированно от других лечебных корпусов.

В операционных санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) спроектированы каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении входящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее - в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в от-делении и выходит из операционного отделения.

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке. Руководители операционного отделения организуют предварительный и периодический (не реже одного раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально

предназначенных местах. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции, для предстерилизационной очистки и для стерилизации изделий медицинского назначения, а также для их предварительной очистки (при использовании средств, обладающих фиксирующими свойствами);
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В (в случае отсутствия установок для обеззараживания).

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

В операционной пол и стены должны иметь гладкую поверхность, лучше всего из кафеля, которые могут быть легко подвергнуты дезинфекции. Операционная бригада перед операцией полностью переодевается в стерильную спец.одежду, студенты должны посещать операционные в чистых халатах, чепчиках, масках, бахилах, без шерстяной одежды, с аккуратно спрятанными волосами.

Уборка операционных производится влажным способом. Различают:

- 1.Предварительную уборку- перед операцией;
- 2.Текущую уборку- в ходе операции;
- 3.Ежедневная уборка- после операции;
- 4.Генеральная уборка- 1 раз в неделю;

Для уменьшения бактериальной загрязненности операционных используют воздухоочистители, бактерицидные лампы.

При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению. Уборочный инвентарь (тележки, емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку или цветное

кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении. Схема цветового кодирования размещается в зоне хранения инвентаря.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Генеральная уборка помещений палатных отделений и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже одного раза в месяц с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников. Генеральная уборка осуществляется с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. При генеральной уборке проводится мытье, очистка и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств и последующим обеззараживанием воздуха. В день проведения генеральной уборки плановые операции не проводятся. Утром, в день проведения генеральной уборки проводится технический осмотр отделения, операционных залов, оборудования. На неисправную аппаратуру и оборудование делается заявка в диспетчерскую. Данные мероприятия позволяют предупредить неисправности медоборудования, которые могут возникнуть во время работы. Дни проведения генеральных уборок отмечаются в специальном журнале, контроль осуществляет старшая медсестра смены и сестра-хозяйка отделения.

В день проведения генеральной уборки в операционном плановые операции не проводятся. Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров (в

операционных блоках - на всю высоту стен), окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении. Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат.

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием. Согласно СанПиН 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции", по приказу Управления Роспотребнадзора по РС (Я) №182 от июля 2012 г. МЗ РС (Я) на каждом рабочем месте имеется, в состав которой входят (ответственность за комплектацию аптечки несут главные медицинские сестры):

1. Спирт этиловый 70% (100 мл);
2. 5% спиртовой раствор йода (1 флакон);
3. стерильные ватные шарики (20 шт.);
4. бинт стерильный (1 шт.); ножницы (1 шт.);
5. лейкопластырь бактерицидный (1 шт.);
6. напальчники (3 шт.);
7. стакан (1 шт.);
8. ножницы.

В отделении имеется журнал регистрации несчастных случаев на производстве. При каждом аварийном случае незамедлительно надо сообщить руководству. Медсестра должна быть обеспечена санитарно-гигиенической одеждой, пользоваться средствами гигиены и индивидуальной защиты (халатами, костюмами, масками, шапочками, резиновыми перчатками, специальной обувью, полотенцами, туалетным мылом в мелкой расфасовке или жидким мылом) в соответствии с действующими нормами. В случае порезов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовым раствором йода. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают

70% спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70% спиртом. При попадании крови или других биологических жидкостей на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость большим количеством воды прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой.

Контроль стерильности инструментов, перевязочного материала, белья, рук хирургов – (выборочно - 1 раз в месяц). Объектами исследования при проведении бактериологического контроля являются: воздушная среда, различные объекты внешней среды, хирургический инструментарий, шприцы, иглы, зонды, перчатки и др. из резины и пластика, руки хирургов, операционных медсестер и кожа опер. поля

Критерии оценки микробной обсемененности воздуха в операционных отделениях. В операционных до начала работы общее количество колоний в 1 м: не должно быть выше 500 колоний не патогенной флоры, во время работы не выше 1000, патогенных стафилококков не должно быть (основание: Приказ МЗ СССР № 720 от 31. 07. 78 г.).

ГЛАВА II. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ОПЕРАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП

2.1 Деятельность Централизованного операционного отделения ГБУ «РБ№2-ЦЭМП» в период с 2016 по 2018 годы

ГБУ «РБ №2-ЦЭМП» является крупной многопрофильной медицинской организацией с высококвалифицированными кадрами, оснащенной современной техникой, с передовыми лечебно-диагностическими технологиями, постоянно наращивающей свой интеллектуальный и материально-технический потенциал.

В республике Саха (Якутия) для получения медицинской помощи с применением высоких медицинских технологий пациенты направлялись для лечения в крупные федеральные клиники РФ.

С целью повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) взрослым жителям РС (Я) ГУ «РБ№2-ЦЭМП» в 2008 году прошло процедуру лицензирования на осуществление медицинской деятельности по оказанию ВМП. Лицензия была выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 29 мая 2008 года по следующим профилям: нейрохирургия, отоларингология, травматология и ортопедия, челюстно - лицевая хирургия. Начиналась эта работа в 2009 году с одного профиля «травматология и ортопедия», с эндопротезирований крупных суставов, Высокотехнологичную медицинскую помощь тогда получили 50 человек. С течением времени вырос уровень мастерства и профессиональных навыков специалистов, добавились 30 видов реконструктивно-пластических операций по профилю «травматология и ортопедия», стали выполнять операции по другим профилям: нейрохирургия, отоларингология и челюстно-лицевая хирургия. В РБ №2-ЦЭМП ВМП оказывает и за счет Обязательного медицинского страхования.

Основной задачей РБ №2-ЦЭМП является круглосуточное оказание специализированной, в том числе ВМП, медицинской помощи населению в экстренной форме.

Наличие современного высокотехнологического медицинского оборудования в хирургических отделениях больницы позволяет выполнять малоинвазивные оперативные вмешательства, значительно сокращающие сроки лечения больных. А большой практический опыт и постоянное наращивание научного потенциала врачебного состава обеспечивает высокий уровень оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Абдоминальная хирургия. В отделении выполняется широкий спектр хирургических вмешательств при доброкачественных и злокачественных поражениях органа хирургами колопроктологии.

Травматология и ортопедия. В условиях травматологического отделения выполняются малоинвазивные методы артроскопического лечения и диагностики травм и заболеваний крупных суставов (коленный, голеностопный): эндо протезирование передней крестообразной связки, восстановление ротаторной манжеты плеча. Кроме того, успешно выполняются оперативные вмешательства по имплантации эндопротезов крупных суставов, реконструктивные операции на стопе и кисти.

Нейрохирургия. Нейрохирургами осуществляется микрохирургическое удаление опухолей головного мозга, грыж межпозвонковых дисков, микрохирургическое клипирование аневризмы головного мозга.

Комбустиология. Специалистами в области комбустиологии проводятся различные восстановительные операции, заключающиеся в воссоздании участков кожного покрова человека, утерянных в результате различных ожогов.

Отоларингология. В оториноларингологическом отделении отдается предпочтение функциональной хирургии, позволяющей проводить технически сложные операции на гортани (опорная ларингоскопия) и среднем ухе (тимпанопластика) с минимальной травматизацией тканей. Используется современное оборудование и инструменты, включая эндоскопы, шейверы, интраоперационную навигационную систему, операционный микроскоп.

Челюстно-лицевая хирургия. Специалистами челюстно-лицевой хирургии проводятся реконструктивно-восстановительные операции в области головы и шеи: пластика мягких тканей, восстановление костных дефектов, применение

орто- и эндоимплантатов, удаление образований челюстно-лицевой области с одномоментным замещением дефекта.

Основными задачами учреждения являются:

- обеспечение в необходимом объеме высококвалифицированной стационарной и амбулаторной медицинской помощью населению всей республики;
- оперативное и организационно-методическое руководство, а также контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения, находящихся на территории района;
- планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района; разработка и осуществление мероприятий по планомерному развитию сети медицинских учреждений;
- разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения района, снижение заболеваемости, инвалидности, больничной летальности, детской и общей смертности и состояние здоровья подростков;
- своевременное и широкое внедрение в практику работы всех лечебно-профилактических учреждений района современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения.
- разработка, организация и осуществление мер по расстановке, рациональному использованию, повышению профессиональной квалификации и воспитанию медицинских кадров и другого персонала учреждений здравоохранения района.

Таблица № 1. Показатели объема работ Централизованного операционного отделения за 2016 - 2018 гг.

Наименование показателей	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Общее число операций	8057	8940	9191
Экстренные операции	3116	3121	3266
Плановые операции	4532	5312	5388
Высокотехнологичные операции	409	507	537

Таблица №2. Количество операций по отделениям за 2016 - 2018 гг.

Отделения	Экстренные операции			Плановые операции			Высокотехнологичные операции		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
НХО	333	319	273	226	273	280	31	42	36
ЧЛХ	113	46	89	1044	1089	1168	5	8	8
ЛОР	118	120	117	1111	1212	1198	83	89	92
I хир. отд.	965	883	907	135	138	182	0	0	0
II хир. отд.	784	755	853	213	290	247	0	0	0
Травм.отд.	436	596	682	692	911	1012	146	183	199
Ортоп.отд.	1	-	2	710	960	917	137	176	192
КПО	366	402	343	401	439	384	7	9	6
Всего	3116	3121	3266	4532	5312	5388	409	507	537

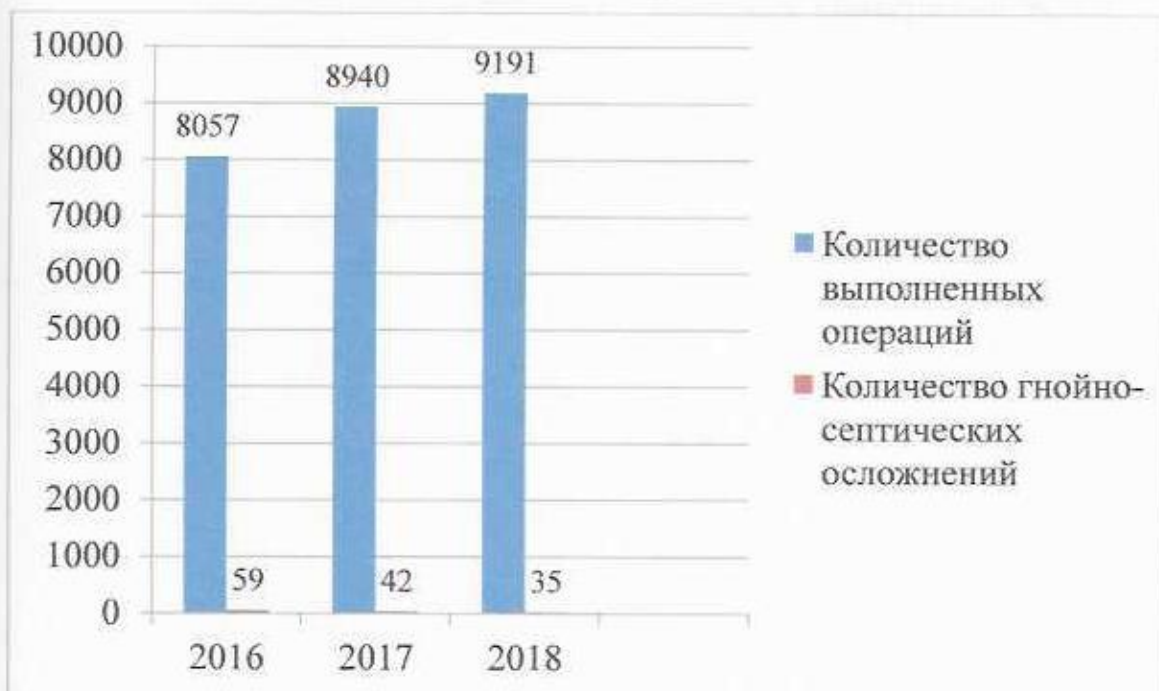
Из приведенных таблиц видно ежегодное возрастание количества выполненных экстренных и плановых оперативных вмешательств, в том числе высокотехнологичных, а так же возрастание оперативной активности. В связи с выполнением различных специализированных по профилю отделений операций соответственно осуществляется закрепление операционных медицинских сестер за определёнными отделениями. (Таблицы №1 и №2)

Таблица №3. Структура выписанных больных по результатам хирургического лечения.

Наименование показателей	2016	2017	2018
Общее количество операций	8057	8940	9191
Без перемен	107	117	97
С улучшением	156	141	162
С выздоровлением	7726	8622	8856

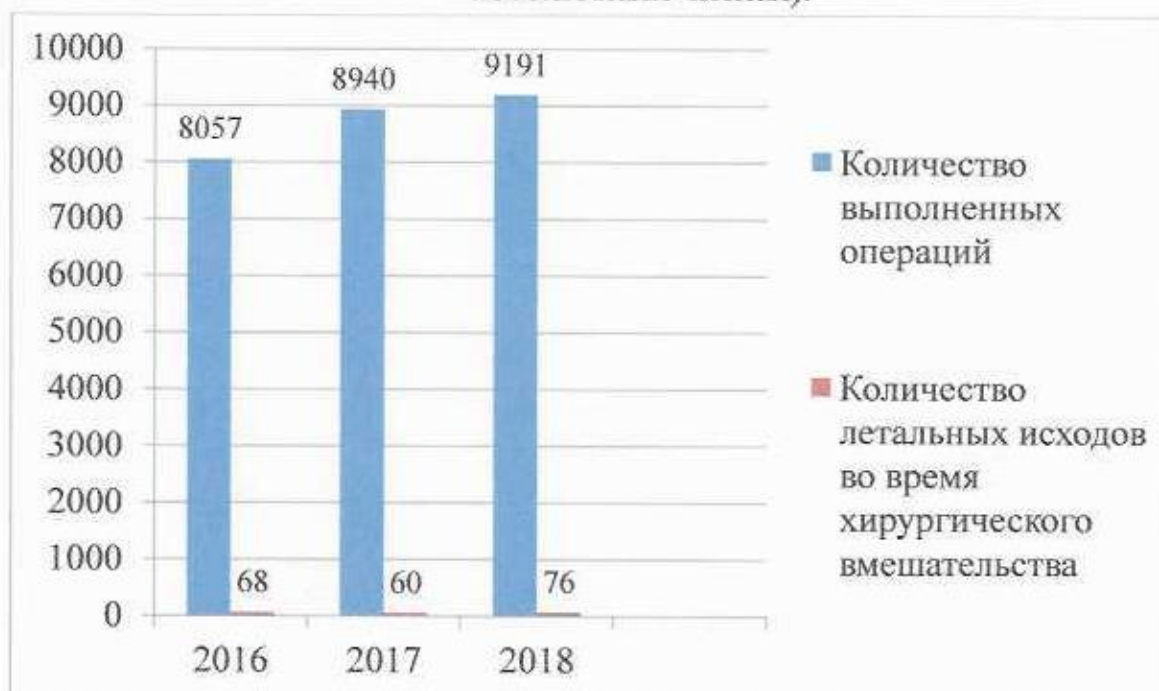
Данная таблица показывает высокие показатели количества выписанных больных с выздоровлением по соотношению общему к количеству выполненных операций. (Таблица №3)

Диаграмма №1. Соотношение количества выполненных операций и гнойно-септических осложнений(в абсолютных числах).



Из данной диаграммы видно, что несмотря на ежегодное возрастание количества выполненных операций, количество послеоперационных осложнений минимально. (Диаграмма №1)

Диаграмма №2. Соотношение количества выполненных операций и количества летальных исходов во время хирургического вмешательства(в абсолютных числах).



Из данной диаграммы видно, что количество летальных исходов во время хирургического вмешательства по соотношению общему количеству выполненных операций минимальна. (Диаграмма №2)

2.2 Роль медицинской сестры в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП

В ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП осуществляется Высокотехнологичная медицинская помощь по 7 профилям: абдоминальная хирургия, комбустиология, нейрохирургия, оториноларингология, сердечно - сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, челюстно - лицевая хирургия, по 26 видам Высокотехнологичной медицинской помощи, 20 из которых выполняется только в ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП.

Выполнение современных высокотехнологичных операций в условиях ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП диктует необходимость высококвалифицированных действий бригады, в которой медицинская сестра играет очень важную роль, является неотъемлемым помощником хирурга, обеспечивает безопасность и комфортность сложного многопланового вмешательства.

Главной задачей операционной медицинской сестры является участие в подготовке к операциям, обеспечение участников операций необходимым инструментарием, перевязочными материалами в процессе их проведения.

Операционная медсестра выполняет вспомогательные функции, обеспечивает работу операционной бригады, действует инициативно, как игрок команды, нацелена на результат, переживает за пациента, вовлечена целиком в оперативный процесс, как необходимое и ответственное звено В идеале медсестра должна работать в «опережающем отражении», то есть взаимодействовать с врачом так, словно она читает его следующее действие, или распоряжение без слов. Также операционная медсестра должна быть инициативной, которая может проявляться в поисках усовершенствования своих мануальных операций определенной находчивости и скорости работы. Разумеется, внедрение этих принципов в работу автоматически поднимает статус медсестры, не простой исполнитель, а ассистент врача.

Накануне операции сестра должна выяснить у хирурга, какой вид специальных инструментов понадобится на операции. Инструменты отбирают и готовят к стерилизации. Операционная сестра должна быть готова за 20 – 30 минут до начала операции: вынуть и разложить инструменты, стерильное белье, подклю-

зять дрель к электросети и проверить ее работу. Пока хирург моет руки для операции, сестра следит за укладыванием больного на операционный стол, затем надевает на хирурга стерильное белье и подает ему помазки, смоченные спиртом и йодом, для обработки операционного стола. Сестра обкладывает операционное поле стерильным бельем, после чего производят анестезию. После анестезии сестра вновь подает помазок с йодом, надевает хирургу перчатки. На этапе оперативного доступа требуются общехирургические инструменты, лежащие в первом ряду на инструментальном столике.

Успех операции во многом зависит не только от квалификации хирурга, но и степени подготовленности операционной, необходимого хирургического инструментария и аппаратуры, четкости работы медицинской сестры во время операции.

В соответствии с должностными инструкциями операционной сестры операционного блока процессе работы операционные медицинские сестры обязаны:

1. Организовывать проведение хирургических операций, обеспечивая их необходимыми наборами инструментов, перевязочных, лечебных средств, медикаментов, белья, специальной одеждой.

2. Следить за своевременной доставкой больного в операционную, правильным размещением его на операционном столе, а также правильным транспортированием его из операционной.

3. Своевременно готовить операционную и участников операции к проведению следующей операции.

4. Следить за соблюдением участниками операции правил асептики и антисептики, правильным использованием инструментария, аппаратов, медикаментов, перевязочного и шовного материала.

5. Предоставлять по распоряжению участников операции помощь ее проведении.

6. Своевременно в ходе операции обеспечивать ее участников необходимыми инструментами, материалами, аппаратами.

7. Следить по ходу операции за своевременным возвращением инструментов, перевязочного материала.

8. Обращать внимание участников операции на ухудшение состояния больного, неисправность аппаратуры, инструментов, которые возникли во время операции.

9. После окончания операции – собрать инструменты, пересчитать их, привести в порядок приборы, аппаратуру, остатки неиспользованного шовного и перевязочного материала, медикаменты и др.

10. Своевременно направлять на гистологическое и бактериологическое исследования материал, собранный во время операции.

11. Подготовить и передать старшей медицинской сестре использованное белье для стирки.

12. Готовить операционное белье, перевязочный и шовный материал, инструменты, приборы, аппараты для стерилизации. Осуществлять контроль качества стерилизации.

13. Следить в операционном блоке за соблюдением персоналом санитарно-гигиенического режима, техники безопасности, противопожарных мероприятий.

14. Отчитываться о проведенной работе перед старшей операционной медицинской сестрой, предоставлять ей необходимую информацию о затратах белья, инструментария, медикаментов.

15. Своевременно и качественно вести необходимую документацию.

Таким образом, из приведенного перечня должностных инструкций и штатного расписания операционного блока видно, что ведение сестринского процесса ими не предусмотрено.

Этапами введения сестринского процесса в операционном блоке явились:

1. Разработка и утверждение нормативно-правовой документации;
2. Изменение штатной структуры сестринского персонала операционного блока;
3. Оценка клинико-экономической эффективности.

Нормативно-правовой основой осуществления сестринского процесса в операционном блоке явились «Положение о сестринском процессе операционного блока» и «Положение о медицинской сестре-координаторе операционного блока».

С целью организации и практической реализации в штаты операционного блока была введена должность медицинской сестры-координатора.

В своей работе операционная медицинская сестра подотчетна старшей операционной сестре операционного отделения. Операционная сестра несет ответственность за некачественное и несвоевременное выполнения врачебных назначений, нарушения правил асептики и антисептики, халатное отношение к выполнению должностных обязанностей, которые предусмотрены должностной инструкцией.

ВЫВОДЫ

Проведенное нами исследование позволяет сделать выводы о том, что:

1. Централизованное операционное отделение обеспечивает проведение экстренных операций круглосуточно в 6 операционных залах и проведение по предварительным заявкам плановых операций в 8 операционных залах в одну смену. Отделение полностью перешло на использование синтетического шовного материала в стерильной упаковке, отдельного набора инструментов на каждую операцию. Операционные залы оборудованы приточно-вытяжной вентиляцией, централизованным обеспечением медицинскими газами и вакуумом. В каждом зале установлены современные операционные светильники, универсальные операционные столы, высокочастотные электрохирургические аппараты, портативные электроотсосы, аппараты для обеззараживания воздуха в присутствии людей. Оборудовано новейшей аппаратурой и открыто 3 специализированных операционных зала: видеоэндоскопической хирургии, микрохирургии, травматологии и ортопедии.

2. В течение 2016–2018 года возрастало количество проведенных операций в Централизованном операционном отделении. Повышение этих показателей может быть связано с внедрением новейших видов хирургических операций, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, таких, как: кохлеарная имплантация при выраженной или тяжелой степени нейросенсорной тугоухости, эндопротезирование плечевых, коленных, тазобедренных суставов конечностей при выраженных деформациях, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах остеопорозе и системных заболеваниях, реконструктивно - пластические операции по устранению обширных дефектов костей свода черепа, лицевого скелета и так далее.

Высокое количество выписанных больных с выздоровлением, а так же низкий уровень летальности во время хирургического вмешательства свидетельствует о высоком уровне оказания хирургической помощи населению.

Снижение уровня послеоперационных осложнений свидетельствует о должном уровне проводимых в отделении мероприятий по профилактике осложнений.

3. Роль операционной медицинской сестры в оказании высокотехнологичной медицинской помощи велика, поскольку от ее участия в интраоперационном периоде, включающем в себя время с момента перемещения пациента на операционный стол до перевода его в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии, зависит не только успешное проведение операций, но и дальнейшее предотвращение осложнений.

Сегодня операционная медсестра не имеет права вслепую выполнять назначения врача, она должна участвовать и в подготовке к операции, и в ее материально-техническом обеспечении, и в профилактике послеоперационных осложнений. Медсестра должна четко понимать значение оперативных методов лечения, безукоризненно выполнять свои функциональные обязанности.

Требования к профессиональной подготовке операционных сестер постоянно возрастают. Это связано с тем, что в последние годы появились новые и значительно усовершенствованы старые операционные технологии, совершенствуются и усложняются способы проведения оперативных вмешательств. Выполнение современных высокотехнологичных операций диктует необходимость высококвалифицированных действий бригады, в которой операционная медицинская сестра, являясь неотъемлемым помощником хирурга, играет очень важную роль: обеспечивает безопасность и комфортность сложного многопланового вмешательства, несет огромную ответственность за сохранность и исправность дорогостоящей аппаратуры.

При проведении операции важную роль играет четкое взаимодействие и взаимопонимание между членами оперирующей бригады. От благожелательности и приветливости медсестры во многом зависит настроение и порядок в операционной. Надо быть инициативной, уметь отвечать за свои поступки, никогда не стесняться признаваться в незнании, быть любознательной и постоянно учиться. Быстрый темп развития науки, внедрение в хирургическую

практику новых технологий и современного оборудования требуют от операционных медсестер высокого профессионализма и постоянного совершенствования. Поэтому операционная медицинская сестра должна следить за развитием хирургической науки и техники, анестезиологии, реаниматологии, знать нормативные акты в области асептики и антисептики, стерилизации, обслуживания аппаратуры и многое другое.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Справочник для медицинских сестер процедурного кабинета Гриненко А.Я. WORD, 2014 г - 20с.
2. Ткаченко Е.Г., Филичкина И.И. Учебно-методическое пособие по основам сестринского дела. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2013.
3. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела:
4. Учебное пособие. В 2 частях. Ч. 1.-М.:2013.-184 с.
5. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела/Учебное пособие в 2 частях. Ч. 2.- М.: Родник, 2012.-208 с.
6. Сестринское дело: Справочник. Серия «Медицина С 28 для Вас». Ростов н/Д: Феникс, 2014.
7. Соколова Н.Г. Новый справочник медицинской сестры. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: Феникс, 20011.
8. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учеб. Пособие / Под ред. Г.П. Котельникова. 2-е изд., перераб. – Ростов н/Д: Фе-никс, 2013. – 666с. – (Высшее образование).
9. Агкацева С. А. Обучение практическим навыкам в системе среднего медицинского образования. Алгоритмы манипуляций в деятельности медицинской сестры. Феникс,2012 – 168с.
10. Основы сестринского дела: Учебное пособие Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А., и др. – М.: Медицина, 2011- 496с.
11. Руководство для медицинской сестры процедурного кабинета. Чернова О.В.– Ростов н/Д : Феникс, 2013 – 15с.
12. Гнойная хирургия: Атлас/С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко; под ред. к.м.н. И.С. Абрамова. – М. – БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – глава 13,16;
13. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./под ред. В.С.Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2008. - Т.1. 864 с.;
13. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. с соавт. Основы клинической хирургии. – М.: Лист Нью, 2013. – 736 с.;

14. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В. с соавт. – Профилактика и лечение инфекции в хирургии. – Методические рекомендации. – М. – РГМУ. – 2012. – 75с.;
15. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Туманов В.П. с соавт. – Лечение ран. – Учебно-методическое пособие. – М. – РГМУ. – 2014. – 42с.;
16. Назаренко Г.И., Сугурова И.Ю., Глянцев С.П. – Рана. Повязка. Больной. – М. – 2012г.;
17. Туманов В.П., Герман Г. – Методическое руководство по лечению ран. – 1-е издание. – издательство «Пауль Хартманн» (перевод с немецкого). – 2010г. – 123 с.;
18. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
19. Стецок В.Г. «Сестринское дело в хирургии» Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей Москва «ГЭОТАР» 2013. -720 с.
20. Туркина Н.В. Организация профилактики внутрибольничных инфекций медсестринским персоналом // Медсестра - 2014.-N 8.-С.4-10.