СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД 7

1.1. Характеристика послеоперационного периода 7

1.2. Роль медицинской сестры в ходе послеоперационного периода 14

1.3. Подготовка постели и палаты для пациента после операции 19

2 АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ УХОДЕ ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ 23

2.1. Общая характеристика хирургического отделения БУ «Белоярская районная больница» 23

2.2. Сестринский уход и динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде 25

2.3. Работа медицинской сестры по профилактике осложнений послеоперационного периода 36

3 АЛГОРИТМЫ СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ 45

3.1. Замена постельного и нательного белья пациенту 45

3.2. Уход за наружными половыми органами у мужчин 49

3.3. Уход за наружными половыми органами и промежности у женщин 50

3.4. Помощь тяжелобольному в использовании судна и мочеприемника 52

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 56

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 58

ПРИЛОЖЕНИЕ 60

ВВЕДЕНИЕ

Послеоперационный(восстановительный) период начинается в конце операции и продолжается до тех пор, пока пациент не покинет отделение.

В случае, если этот период будет проходить неправильно, особенно в первые несколько суток после хирургического вмешательство, то это может стать причиной крайне негативных последствий, вследствие чего послеоперационный период затянется надолго.

В послеоперационном периоде все направлено на восстановление физиологических функций пациента, нормальное заживление раны и предотвращение возможных осложнений.

Плохо проведенный послеоперационный период, особенно первые дни, после операции, может привести к неблагоприятному исходу и удлинить послеоперационный период. Невнимательное отношение к незначительным отклонениям от нормального течения послеоперационного периода иногда стоит жизни больному. Медицинский персонал обязан предотвратить любые осложнения, а если они возникнут, должен приложить все усилия к их устранению.

Небрежное отношение к первичным нарушениям в послеоперационном периоде может закончиться летальным исходом у пациента. При этом роль медсестры в данном вопросе крайне важна. Она обязана не только давать пациенту лекарственные средства в определенные часы, но и обеспечить ему правильный и полноценный уход, принимать участие в кормлении, внимательно следить за состоянием кожных покровов и слизистой оболочки рта больного.

Медсестра постоянно находится недалеко от пациента, поэтому первой может заметить возможные ухудшения. Иногда она вынуждена сама оказывать пострадавшему меры первой помощи (устранение рвотных масс из полости носоглотки, дача кислородной маски, остановка сильных кровотечений и т.д.).

Кроме того, медицинская сестра обязана обучить младший медперсонал

основным правилам ухода за пациентами. Наблюдательная и опытная медсестра – полноценный помощник врача, т.к. именно он нее часто зависит эффективность терапии. В период после хирургического вмешательства все усилия нацелены на реабилитацию физиологических функций больного, а также на стабильное и полноценное заживление раны, оставшейся после хирургического вмешательства. Своевременно и грамотное исполнение указаний врача, а также внимательное отношение к пациенту формируют оптимальные условия для оперативноговыздоровления. Дополнительно медсестра может привлекать к уходу за пациентом его родственников. Чуткость медсестры относительно прохождения больным обязательных этапов терапии и самообслуживание – первый шаг на пути к полному выздоровлению. По этой причине в данной квалификационной работе уделено особое внимание сестринскому уходу.

Актуальность работы обусловлена тем, что во многих случаях результат хирургического лечения зависит от своевременно и правильно оказанной медицинской помощи, которую чаще осуществляет средний медицинский персонал. Участие медицинской сестры в лечении хирургического пациента не менее важно, чем участие хирурга, так как конечный результат операции зависит от тщательной подготовки пациента к операции, пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в послеоперационный период. Следовательно, роль медицинской сестры при уходе за пациентами после операций чрезвычайно значима, а изучение сестринского процесса в хирургическом отделении является актуальным.Поэтому изучение послеоперационного периода, клинических проявлений, а также организация сестринского процесса в послеоперационном периоде являются актуальными на сегодняшний день.

Объект работы – послеоперационные мероприятия

Предмет работы – работа медицинской сестры при проведении послеоперационных мероприятий.

Цель работы – проанализировать профессиональную деятельность медицинской сестры в послеоперационном периоде.

Задачи работы:

1) дать основные характеристики послеоперационному периоду;

2) определить роль медицинской сестры в послеоперационном периоде;

3) определить особенности работы медицинской сестры по профилактике осложнений послеоперационного периода.

Практическая значимость работы заключается в том, материалы исследования, выводы и обобщения, сформулированные в данной работе, могут представлять интерес для медицинского персонала и быть использованы как в сестринской деятельности при уходе за пациентами послеоперационный период, так и в дальнейших исследованиях эффективных алгоритмов работы медицинской сестры в хирургическом отделении.

Методами исследования в данной работе являются:

- анализ литературных источников;
- исследование статистических и аналитических данных;
- исследование новых технологий в медицинском обслуживании;
- анализ деятельности медицинской сестры.

Теоретической основой в данной работе являются труды заслуженных авторов, среди которых: Акимбаев Е. М., Баринов Е. Х., Иванова О. В., Берштадская М. Б., Воропаева Л. А., Касапов К. И., Лазарева Л. А., Мухина С. А., Павлова Э. А., Попов В. В., Сафина А. В., Чеснокова С. А., Серова Л. Д. и других.

Работа состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы, приложения.

В первой главе мы рассмотрели теоретическую часть, которая состоит из характеристики послеоперационного периода, роли медицинской сестры в ходе послеоперационного периода и подготовки постели и палаты для пациента после операции.

Во второй главе мы изучили практическую часть, которая состоит из общей характеристики хирургического отделения БУ «Белоярская районная больница»,сестринского ухода и динамического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде и работе медицинской сестры по профилактике осложнений послеоперационного периода.

В третьей главе изучили алгоритмы сестринских манипуляций.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

1.1 Характеристика послеоперационного периода

Пациентам, поступающим в хирургическое отделении, проводят оперативное вмешательство. Каждое оперативное вмешательство является сложным процессом, состоящим из трех этапов: предоперационной подготовки, операции и послеоперационного периода.

Послеоперационное состояние пациентов можно рассматривать как некоторую «послеоперационную болезнь», которая является переходным периодом от стрессового состояния реабилитации к выздоровлению. При этом стресс у больного вызывается наркозом и операцией, непосредственный выход из него всегда зависит от:

- исходного состояния больного;
- механизмов адаптационной защиты организма больного;
- результатов проведенной операции. [5]

Выздоровление проявляется в улучшении состояния гомеостаза, жизнедеятельности систем и органов пациента. В совокупности присутствует множество общих закономерностей, которые характеризуют течение послеоперационного периода. Наркоз и операция практически во всех случаях приводят к некоторым патофизиологическим изменениям в организме больного. По ним можно наблюдать ответную реакцию организма на операционную травму.

После операции у больного мобилизуются системы присутствующих защитных факторов, некоторых компенсаторных механизмов, которые направлены на ликвидацию отрицательных последствий операционного стресса, происходит восстановление гомеостаза. [12]

Операция, как правило, не вызывает формирование обменных процессов, совершенствует только их интенсивность, общее соотношение анаболических и катаболических реакций.

В послеоперационной реабилитации выделяют три фазы их выраженности (Рисунок 1).

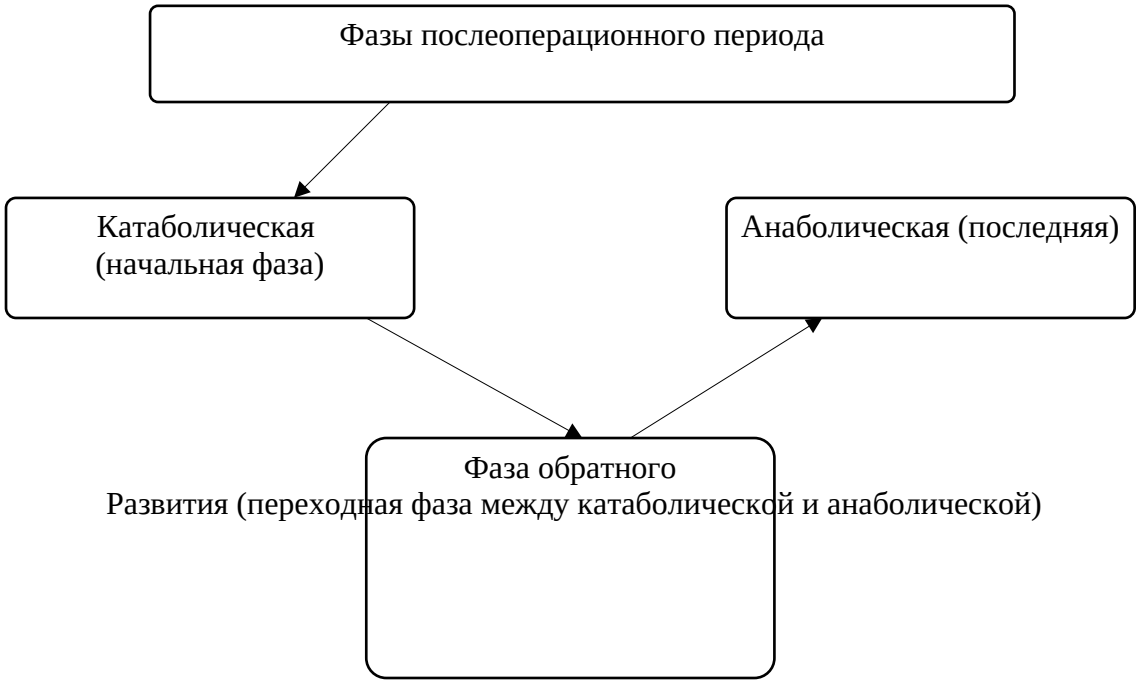

Рисунок 1 – Фазы послеоперационного периода

Первая фаза присутствует у всех послеоперационных больных, в течение 3-5 дней, однако степень её выраженности всегда зависит от изменений в организме, существовавшие до операции, её тяжести, а также качества реализации послеоперационного ухода:

- компенсации гиповолемии;
- компенсации функционального состояния систем и некоторых органов;
- компенсации метаболических процессов.

Данную фазу специалисты рассматривают как определенную защитную реакцию организма, которая направлена на быструю доставку субстратов метаболизма, а также пластических компонентов. Основным явлением данной

фазы можно назвать увеличенный распад белка, это объясняет понижение количества мышечной массы, дефицит ферментных белков, понижение количества соединительной ткани. [19]

Изначально понижается уровень белков печени, желудочно-кишечного тракта и плазмы крови. В данных системах присутствует недостаток ферментов.

В течение данной фазы потеря белка в организме больного составляет до 500 г. Данный фактор особенно негативно отражается на больных с исходной гипопротеинемией.

Эта фаза может проявляться в связи с некоторыми нейроэндокринными реакциями:

- повышение активности функций гипофиза и гипоталамуса;
- увеличение синтеза и поступления в кровь катехоламинов;
- активация симпатико-адреналиновой системы.

Также при данной фазе в крови понижается общий уровень инсулина, увеличивается количество гликогена, ускоряется синтез ангиотензина и ренина. У больного в данный период также присутствуют нейрогуморальные нарушения, гиповолемия, которые могут привести к изменениям сосудистого тонуса, нарушениям кровообращения, спазму сосудов, гипоксии. [12]

Все приведенные изменения в организме больного сопровождаются нарушениями существующего водно-электролитного баланса, непосредственным выходом жидкости из кровеносного русла в пространство между тканью и клетки. Вследствие данных факторов у больного сгущается кровь.

Вторая фаза реабилитационного периода отражается фазой обратного развития. Эта фаза является переходным состоянием между двумя другими фазами.

Формирование этой стадии начинается через 3-5 дней, длится в течение 4-5 дней. Здесь реализуется исчезновение присутствующих негативных синдромных проявлений прошлой фазы.

Если у больного не наблюдается осложнений к пятому дню после завершения операционного вмешательства, отмечается отсутствие болей, появление аппетита, нормализация температуры. Кожа больного становится оптимального цвета, дыхание более глубокое и редкое.

Понижается частота сердечных сокращений, при этом нормализуется артериальное давление. Оптимально реализуется функция кишечника, увеличивается диурез. Пациент начинает реализовывать более активную деятельность, более адекватно оценивает собственное состояние и состояние окружающей среды.

Последняя анаболическая фаза определяется общей активацией метаболических процессов – повышением биосинтеза белка, жиров, гликогенов, которые были потеряны в период операционного вмешательства и катаболической фазы. Продолжительной анаболической фазы – 2-5 недель. [5]

Увеличение уровня белка в крови больного, а также основных органах обеспечивает реализацию репаративных процессов, развития и роста соединительной ткани. Больной отмечает восстановление функциональной активности дыхательной, сердечнососудистой систем и желудочно-кишечного тракта.

При этом повышается настроение и самочувствие, у большого появляется и увеличивается аппетит, можно сказать, что наступает стадия выздоровления. Как правило, в данную фазу больных выписывают из стационара, но анаболическая фаза продолжается до полного восстановления массы тела и выздоровления. Продолжительность данной фазы может быть увеличена до 3-5 недель в зависимости от присутствия осложнений.[12]

После любого хирургического вмешательства больным необходимо пройти оптимальную программу реабилитации. Общая продолжительность периода реабилитации определяется индивидуально и зависит от проведенной операции.

При реабилитации больному оказывает помощь медицинская сестра. В её обязанности входит контроль над своевременным выполнением всех назначений

врача, частые переворачивания, прием лекарств, массаж, помощь при приеме пищи, реализация гигиенических процедур. Все данные процедуры помогают больному легче переносить послеоперационный период.

Для лежачего больного медицинская сестра оказывает психологическую поддержку, внимательное общение, всё это формирует положительный настрой пациента на скорейшее выздоровление.

Самым трудным для больного отражается ранний послеоперационный период. В течение этого периода больному необходима интенсивная терапия, сразу после операции довольно часто используются элементы реанимационных мероприятий.[3]

Отметим главные задачи, разрешаемые в послеоперационном периоде:

- профилактика послеоперационных осложнений;
- восстановление основных функций систем жизнеобеспечения;
- ускорение процесса реконвалесценции;
- лечение присутствующих осложнений;
- ускорение реабилитации.

Также важно отметить, что главными моментами послеоперационной интенсивной терапии отражаются:

- поддержание газообмена;
- адекватное обезболивание;
- обеспечение оптимального кровообращения;
- профилактика, лечение присутствующих осложнений;
- коррекция нарушений метаболизма.

Восстановление пациентов в старческом возрасте проходит намного медленнее, у них наблюдается повышение температуры тела, проявляется тахикардия, умеренная одышка, повышенное количество мокроты. Также у лиц старческого возраста медленнее заживает рана, часто формируется нагноение, задержка мочи. [21]

Со стороны раны могут возникать осложнения, как в раннем, так и в позднем периоде. Осложнения на раннем этапе реабилитации сопровождаются

гематомами, кровотечениями. Поздние осложнения, как правило, связаны с появлением инфекционного процесса в ране: эвентрация, лимфангит, инфильтрат.

Также в раннем периоде могут проявляться осложнения со стороны дыхания, они связаны с его угнетением, которое вызвано наркозом. Очень часто в ранний период со стороны желудочно-кишечного тракта проявляется рвота и тошнота.

Печеночно-почечная недостаточность отражается опасным осложнением, в развитии которого большую роль играет исходное состояние печени. Данное осложнение, как правило, возникает в связи с присутствием цирроза печени, механической желтухи.[12]

При поступлении больного после операции в отделение реанимации и интенсивной терапии необходимо определить проходимость дыхательных путей, частоту, глубину и ритм дыхания, цвет кожных покровов. Нарушения проходимости дыхательных путей у ослабленных больных вследствие западения языка, скопления в дыхательных путях крови, мокроты, желудочного содержимого, требуют проведения лечебных мероприятий, характер которых зависит от причины нарушения проходимости.

К таким мероприятиям относятся максимальное разгибание головы и выведение нижней челюсти, введение воздуховода, аспирация жидкого содержимого из воздухоносных путей, бронхоскопическая санация трахеобронхиального дерева.[13]

При появлении признаков выраженной дыхательной недостаточности больного следует интубировать и переводить на искусственную вентиляцию легких.

Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4-5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом.

Применение тяжести и холода на оперированную область приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны. Холод успокаивает боли,

предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией.

Дренирование раны выполняется с целью предупреждения скопления жидкости или крови и позволяет контролировать любое отделяемое - при несостоятельности анастомоза, скоплении лимфы или крови. Многие хирурги в последние годы предпочитают использовать закрытые дренажные вакуум-системы с небольшой силой аспирации (к примеру, гофрированные вакуум-дренажи, выпускаемые отечественной промышленностью) после операций на сосудах. Обычно дренаж удаляется, когда количество жидкости, получаемой ежедневно, снижается до нескольких миллилитров.[3]

Кожные швы традиционно не снимают до того момента, пока рана не заживет полностью. Далее на место швов наклеивают липкие полоски (к примеру, лейкопластыря) для предотвращения расхождения и лучшего заживления. На открытых участках кожи (лицо, шея, верхние и нижние конечности) более предпочтительными являются внутрикожные (косметические) швы, наложенные абсорбирующими или неабсорбирующими синтетическими нитями. В случае если же рана инфицируется, то может потребоваться снятие одного или более швов досрочно, края раны разводятся, выполняется дренирование.

Престарелые люди требуют особого внимания и ухода. Реакция на патологический процесс у них замедлена и менее выраженная, устойчивость к лекарствам обычно снижена. У пожилых значительно снижено ощущение боли и потому возникающие осложнения могут протекать бессимптомно. По этой причине медицинской сестре крайне важно внимательно прислушиваться к тому, как престарелый пациент сам оценивает развитие своей болезни, и в связи с этим изменять лечение и режим.[3]

Можно сделать вывод о том, что послеоперационная реабилитация отражается очень важным этапом на пути выздоровления пациента. В данный период медицинские сестры обязаны следить за состоянием пациентов,

тщательно проверять их состояние и своевременно отслеживать присутствие различных осложнений.

При своевременном выполнении назначений лечащего врача, мероприятий, необходимых в послеоперационном периоде, пациент значительно быстрее идет на поправку, у него присутствуют первые проявления выздоровления.

Таким образом, послеоперационный период начинается сразу после окончания операции и заканчивается восстановлением пациента. Он разделен на 3 части. Основными задачами послеоперационного периода являются: профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ускорение процессов регенерации и реабилитация больных.[3]

1.2. Роль медицинской сестры в ходе послеоперационного периода

Роль медицинской сестры в послеоперационном периоде очень велика. Именно медицинская сестра реализует профилактические и лечебные мероприятия для выздоровления пациента.

Уход медицинской сестры за больным отражается важнейшей и необходимой составной задачей лечения.

Медицинская сестра реализует совокупность мероприятий:

- профилактических;
- лечебных;
- санитарно-эпидемиологических;
- гигиенических.

Все эти мероприятия направлены на прямое облегчение страданий больного, ускоренное выздоровление, совокупное предупреждение осложнений заболевания. [12]

Основное наблюдение медицинской сестры за состоянием больного, оказание ему необходимой помощи – обязательная часть ухода. Сегодня в связи

с присутствием новых методик диагностики, сестринский уход приобретает доминирующее положение.[22]

Во время своей работы большое внимание медицинская сестра уделяет вопросам антисептики и асептики. Даже небольшие погрешности в асептике, а также недооценка особой важности антисептики могут привести к нагноению операционной раны и иным тяжелым последствиям. Именно поэтому внимательность медицинского персонала крайне необходима.

Можно сказать, что качество сестринских манипуляций оказывает большое внимание на показатели хирургической помощи. Сегодня сложно оценить деятельность медицинской сестры, так как нет конкретных стандартов помощи.

Оптимальный уход за больным во время послеоперационного периода во многих моментах определяет исход. На этапе реабилитации здоровье и жизнь человека зависят от правильного медицинского ухода. Ошибки медицинской сестры могут приводить к тяжелым последствиям и осложнениям. [19]

При необходимости медицинская сестра обеспечивает проходимость дыхательных путей, реализует специфические реанимационные мероприятия, осуществляет уход за дренажами, ранами, своевременно может распознать послеоперационное кровотечение.

Также медицинская сестра следит за тем, чтобы больной не обжегся грелками. На ощупь она должна проверять температуру грелки, не прикладывать её непосредственно к телу.

Медицинская сестра неотступно следит за состоянием кровяного давления, дыхания, пульса, в случае присутствующих изменений сразу сообщает хирургу и анестезиологу.

Перед медицинской сестрой, в данном случае, стоит задача – формирование самых лучших условий для предупреждения осложнений, реализация выздоровления. При реализации лечебных процедур медсестра должно уделять максимум внимания больному. [18]

Прооперированный пациент должен придерживаться постельного режима.

Его длительность зависит от тяжести хирургического вмешательства. Уход за пациентами после операции включает в себя иммобилизацию головы больного, предупреждение рвоты и кашля.После операции нельзя кормить и поить больного. Лишь спустя 6-8 часов после произведенной операции, медицинская сестра может кормить больного кашицеобразной или жидкой пищей. Конкретный рацион устанавливается лечащим врачом.[18]

Прооперированный больной находится под тщательным контролем медперсонала. Его голова до момента пробуждения должна располагаться низко, без использования мягкой подушки. При возникновении посленаркозной рвоты, голову нужно повернуть набок, в противном случае может развиться асфиксия. Если эта проблема уже случилась, то нужно выдвинуть нижнюю челюсть пациента вперед, потянуть за язык, устранить из глотки излишки слизи и спровоцировать кашлевой рефлекс. Когда пациента очнется после наркоза, ему нужно придать такое положение, при котором послеоперационная рана будет находиться в состоянии покоя. Чаще всего больному придают возвышенное положение (Фаулера), которое облегчает дыхательную функцию. Для профилактики развития пневмонии, тромбоэмболии и иных осложнений, необходимо постепенно повышать уровень двигательной активности.[13]

Положение больного в постели подбирается в зависимости от разновидности обезболивания, его состояния и особенностей хирургического вмешательства. Медсестра приподнимает головной или ножной конец спецкровати. Если постель обычная, то она предоставляет пациенту валик для ног, подголовник и другие приспособления.

В некоторых ситуациях у прооперированного пациента возникает болевой синдром, нарушение сна, задержка газов и урины. Негативные проявления наиболее выражены в первые 2 суток после хирургического вмешательства. При возникновении рвоты пациенту не стоит давать питье, т.к. рвота в таком случае может усилиться. Для устранения сухости в ротовой полости можно делать полоскания. После исчезновения рвоты, пациенту можно дать немного крепкого чая или воды. Для устранения болевого синдрома используются препараты-

анальгетики, а также накладывают на зону послеоперационной раны пузырь со льдом (на 20-30 минут). Между наложением холода следует выдерживать интервал в 10-15 минут. При этом пузырь не должен слишком сильно давить на рану. Иногда болезненные ощущения провоцирует некорректно наложенная или чересчур тугая повязка. В таком случае ее необходимо немного подрезать или заменить.[13]

Все больные получают от врача специальные разрешения по смене режима движения. После неполосных операций, при условии хорошего самочувствия, больному разрешается вставать около кровати через пару дней.

Медицинская сестра должна проследить за данными вставаниями больного с кровати, а также не разрешать ему самостоятельно покидать палату.

Так как после операции больному положен постельный режим, медсестра ухаживает за ними, у тучных и истощенных больных, в первую очередь, медсестра должна ухаживать за областью паховых сгибов, промежности и заднего прохода.

После операции у больных уменьшен объем дыхания, соответственно протирание кожи камфорным спиртом будет помогать развивать дыхательную функцию кожи. [19]

В случае если при уходе за больным медицинская сестра обнаруживает сыпь на коже, она сразу должна сообщить врачу, ведь сыпь может быть проявлением инфекционного заболевания, результатом использования лекарств.

Медицинская сестра должна установить доверительные отношения с пациентом, своевременно выяснять жалобы:

- учащенное мочеиспускание;
- повышенная жажда;
- тошнота;
- иные.

При очередном осмотре, медицинская сестра обращает внимание на внешний вид пациента, определяет количество пульса, измеряет температуру тела, артериальное давление. [21]

Больные пожилого и старческого возраста всегда наиболее склонны к легочным осложнениям, соответственно, медицинская сестра должна уделять повышенное внимание данным больным.

На место инъекций детям и старческим больным, медицинская сестра наносит йодную сетку и ставит компрессы.

Медицинская сестра всегда реагирует на состояние и положение больного, старается всевозможными способами повысить уровень его благосостояния.

Сегодня сестринский уход действительно способствует лечению больных, формирует у них устойчивое, спокойное состояние, предостерегает от различных осложнений. [12]

Медицинская сестра должна оказывать не только лечебные и профилактические манипуляции, а также психологическую поддержку больного. При общении с больным, медицинская сестра всегда должна устанавливать с ним положительный, доверительный контакт.

При данном контакте, больной чаще проявляет различные присутствующие симптомы, жалобы, более настроен на выздоровление. Медицинская сестра должна обращать также внимание на присутствие родственников, советовать им, чаще навещать больного, в случае, если это позволяет его лечебный режим.

Родственники всегда благотворно влияют на состояние больного, при поддержке близких, в большинстве случаев, пациенты быстрее идут на поправку. В случае если больной не имеет родственников, или по какой-то причине они не могут его навещать, медицинская сестра оказывает больному поддержку. [6]

Очень важным компонентом ухода, в данном случае, является формирование максимального психического покоя. Для положительного исхода лечения заболеваний, очень важно, чтобы больной находился в удобном положении, получал рациональное питание, содержался в хороших гигиенических условиях.

Наблюдательная, опытная медицинская сестра отражается самым близким помощником врача, соответственно, от неё часто зависит успех всего лечения.

В период после операции все усилия медицинской сестры должны быть направлены на восстановление физиологических функций пациента, на оптимальное заживление операционной раны, а также на предупреждение различных осложнений.

Главное, за чем должна следить медицинская сестра при наблюдении за больным в области органов дыхания – частота и ритмичность дыхательных движений. Очень часто бессознательное состояние больного можно принять за глубокий сон. [15]

Большое значение после операции имеет общее наблюдение за функцией органов мочевыделения. Основным критерием обезвоженности организма больного отражается количеством выделяемой мочи. Понижение количества мочи или её отсутствие – опасный симптом. Медицинская сестра должна тщательно следить за количеством вводимой и выделяемой жидкости.

При отсутствии самостоятельного мочеиспускания больного, медсестра должна осмотреть область пузыря. Обычно, он легко нащупывается в случае переполнения. [11]

1.3 Подготовка постели и палаты для пациента после операции

Постель и палату для послеоперационных пациентов нужно подготавливать заблаговременно, т.е. до их транспортировки из операционной. Помещение нужно тщательно проветрить. Также следует удостовериться, что температура воздуха в палате лежит в пределах от +17 до +20 градусов по шкале Цельсия. Постель нужно ставить так, чтобы яркое освещение не доставляло дискомфорта больному (Рисунок 2).



Рисунок 2 Размещение постели в палате

В палату после операции больного транспортируют на каталке, в сопровождении палатной медсестры и врача-анестезиолога. В процессе перевозки больного тщательно укрывают. Постель застилают, укладывают на нее клеенку и чистую простынь, которую нужно тщательно расправить, чтобы на ней не было никаких неровностей и складок. Эта мера тоже помогает предотвратить образование пролежней.[9]

С операционного стола на транспортировочную каталку пациента перекладывают вручную. Если масса тела больного небольшая, то его перекладывают 2 человека. Пациента с большим весом рекомендуется перекладывать 3 и более медикам. Руки больного аккуратно складывают на области груди, а медики переносящие помещают свои руки под больного с одной из сторон в разных местах. После этого они одновременно поднимают послеоперационного пациента с хирургического стола и осторожно помещают на постель. Каталку нужно подвести к столу так, чтобы и каталка, и стол находились непосредственно перед медработниками, которые занимаются переноской.

Запрещается допускать самостоятельно перемещение пациента в палату из операционной, даже если у него отмечается хорошее самочувствие. Дело в том, что резкое изменение позы может стать причиной кислородного голодания

иобморочного состояния. Это связано с тем, что больному после хирургического вмешательства нужно лежать на максимально ровной поверхности, особенно, если при операции использовалась общая анестезия. Только после полного пробуждения пациента и выравнивания его пульса и давления под его голову можно подкладывать специальный валик или подушку.

Кроме того, пациенту нужно обеспечить защиту от сквозняков и охлаждения, укрыв его тело чистым одеялом. Но не нужно укутывать его слишком сильно, т.к. повышенная потливость повышает интенсивность обезвоживания организма и отрицательно сказывается на самочувствии и состоянии пациента. Выделяющийся пот устраняется мягким полотенцем или салфетками. Влажное белье нужно снять или поменять на сухое.

Выводы по первой главе

Внимательное, заботливое отношение медицинской сестры помогает выздоровлению пациентов.

Залогом успешного лечения отражается совокупность операционных и послеоперационных вмешательств лечащего врача, а также надлежащий послеоперационный уход.

Больной, в связи с присутствующим положением, довольно часто не может совершать гигиенические функции, ограничен в общении, имеет психологически сложную ситуацию, которая проявляется в стрессах, медицинская сестра оказывает больному всевозможную помощь.

Послеоперационный период реализуется с момента завершения операции до момента выписки пациента из отделения. Неверно осуществленный послеоперационный период, особенно его начальный этап, может привести к удлинению послеоперационного периода и неблагоприятному его исходу.

Сегодня медицинская сестра хирургического отделения обязана предотвращать все осложнения, а в случае их возникновения, прилагать все возможные усилия к их устранению. Отсутствие должного внимания к первым отклонениям от оптимального течения данного периода может стоить пациенту жизни.

Главная сложность реализации ведения послеоперационного периода возлагается на медицинскую сестру, которая вводит больному лекарства, принимает участие в его кормлении, ухаживает за ним, следит за общим гигиеническим состоянием ротовой полости и кожи.

2 АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ УХОДЕ ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

2.1 Общая характеристика хирургического отделения БУ «Белоярская районная больница»

В структуру БУ «Белоярская районная больница» входят (ПРИЛОЖЕНИЕ А):

- стационар;
- поликлиника;
- станция скорой и неотложной помощи;
- терапевтический стационар;
- хирургический стационар;
- детское отделение;
- больничная аптека.

Ежегодно в больнице проходят стационарное лечение более 4 тыс. человек. Койка занята 332,2 дня в году, средняя длительность лечения в стационаре – 12,4 дня. Амбулаторно-поликлиническое звено также зачастую работает в интенсивном режиме, число посещений на 1 жителя в год –8,5.

Хирургический стационар расположен в типовом здании на 2 этаже. Рассчитан на 30 коек круглосуточного стационара. В отделении 8 палат. На этом этаже находятся «операционный блок», «чистая» и гнойная хирургическая перевязочная. Отделение обслуживает, пациентов всех возрастных групп, в том числе дети. В своем составе имеет полное укомплектование по санитарным нормам.

Пациенты в отделение поступают в плановом порядке, после консультации врачей.

В отделении работает: три врача- хирурга, врач уролог, врач травматолог, перевязочная медсестра, семь палатных медицинских сестер, старшая медсестра, кастелянша, уборщики служебных помещений

Таблица 1- Характеристика кадровых ресурсов отделения хирургии

Наименование должности по штатному расписанию	Количество единиц
1. Врачи.	5
2. Средний персонал, в том числе:	8
– Старшая медицинская сестра	1
– перевязочная медицинская сестра	1
– палатная медицинская сестра	7
Младший персонал	4

Укомплектованность штата среднего медицинского персонала стабильная. В отделении 8 медицинских сестер имеют квалификационную категорию, 8 сестер имеют сертификат специалиста «Сестринское дело».

Таблица 2- Квалификация медицинских сестер на 2022 год

Имеют категорию	Количество человек
Высшая	7
1 категория	-
Без категории	1

Таблица 3- Стаж работы среднего персонала на 2022 год

Продолжительность стажа	Количество человек

До 5 – 10 лет	1
5 – 10 лет	-
10 -20 лет	1
20 – 25 лет	5

Все медицинские сестры владеют смежными специальностями, что решает проблемы взаимозаменяемости внутри коллектива.

Вывод: в отделение работают опытные медицинские сестры с большим стажем работы.

Текучести кадров среди медицинских сестер нет. Стабильность кадров является положительным фактором, влияющим на исход лечебного процесса. Медицинские сестры отделения – это высококвалифицированные специалисты, знающие свое дело.

В отделение поступают как плановые пациенты, так и экстренные. За данный период в отделении произведено 1583 операции, пролечено 1278 консервативных пациентов.

2.2. Сестринский уход и динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде

Сестринский процесс при уходе за хирургическими пациентами включает в себя как своевременное выявление проблем, удовлетворение жизненных потребностей пациентов, так и помощь в восполнении дефицита знаний об особенностях течения заболевания, возможном прогнозе.

Основными задачами медицинской сестры в послеоперационном периоде являются: [4]

– обеспечение ухода за больным (обезболивание, обеспечение жизненно важных функций, перевязки, четкое выполнение врачебных назначений);

– предупреждение возникновения послеоперационных осложнений.

Принимая пациента, поступившего из операционной, медсестра заводит на него сестринскую историю болезни или продолжает историю, начатую в предоперационном периоде (плановая операция). Медсестра либо вклеивает в историю болезни карту анестезиологического пособия, либо переносит из нее данные, имеющие значение для составления плана ухода.

Для наиболее полного сбора информации целесообразно придерживаться определенных действий. [7]

1. Отметить в сестринской истории (карте больного) характер, объем и продолжительность хирургического вмешательства и анестезиологического пособия. Все перечисленные параметры вмешательств во время операции определяют особенности ведения пациента в послеоперационном периоде.

2. Отметить осложнения, проведенную терапию и ожидаемый прогноз хирургического заболевания. Это позволяет медицинской сестре оценить опасность осложнений, необходимость дифференцированного мониторинга отдельных функций. Затем необходимо уточнить план послеоперационного сестринского ухода.

3. Отметить локализацию операционного разреза, тип повязки и особенности ухода за операционной раной. Отметить наличие дренажей, их количество, дренируемую область, тип дренажа. Отметить наличие назогастрального зонда, других зондов, катетеров периферических и центральных вен, мочевого катетера. Возможно потребуется уточнение плана послеоперационного ухода, необходимых мероприятий по уходу за дренажами и потребуется дополнительное оборудование.

4. Установить и задокументировать первоначальный объем отделяемого из раны и/или дренажей, цвет, консистенцию, наличие примеси крови и другие особенности.

5. Расспросить пациента (если он в сознании) о наличии дискомфорта и/или боли. При выявлении боли и дискомфорта потребуются неотложные сестринские вмешательства по их устранению.

6. Отметить наличие тошноты и рвоты, как во время операции, так и после нее, а также время последнего эпизода. Эти данные информируют медицинскую сестру о возможных проблемах и дискомфорте пациента и предупреждают о возможных осложнениях после операции.

7. Отметить медикаменты, которые получает пациент, также отметить реакцию на них.

8. Отметить наличие отхождения газов и дефекации как указание на восстановление перистальтики кишечника. Это необходимо уточнить до назначения орального питания и приема пищи.

9. Отметить характер поступления пищи и жидкости у пациента (энтеральное/парентеральное питание); внутривенные вливания (тип, объем, скорость и др.) для идентификации диеты пациента и инфузионной терапии.

10. Отметить дополнительные терапевтические техники, которые получает пациент (оксигенация, ЛФК и др.) и реакцию на них.

11. Для уточнения состояния мочевыделительной системы зафиксировать диурез. Отметить изменения, произошедшие после хирургического вмешательства. Изменения диуреза могут свидетельствовать о возможных осложнениях.

12. Отметить, в состоянии ли пациент глубоко дышать, правильно откашливать мокроту, пользоваться спирометром. Для идентификации возможных осложнений отметить наличие и характер мокроты, а также ее количество; способен ли пациент откашливать ее самостоятельно.

13. Отметить жалобы пациента на слабость, головокружение или проблемы с дыханием. Возможно, эти симптомы постуральной гипотензии или перегрузки миокарда, обусловленной продолжительной обездвиженностью или хирургической травмой.

15. Отметить выражение пациентом растерянности, страха, мрачных предчувствий или высказываний по поводу процесса послеоперационного выздоровления. Это послужит основой для идентификации эмоционального статуса пациента.

16. Отмечать дни, прошедшие после хирургического вмешательства, для уточнения динамики изменений состояния пациента.

17. Отмечать изменение физической активности пациента во время восстановительного периода. Идентификация изменений, которые могут потребовать дополнительного обучения и реабилитации.

Медсестра должна внимательно следить за состоянием и самочувствием послеоперационного пациента, его дыхательной функцией, пульсом, мочевыведением, внешним видом, кожей, температурой тела и т.д. При появлении любых отклонений, она незамедлительно докладывает об этом лечащему врачу. При необходимости медицинская сестра самостоятельно принимает меры оказания первой медицинской помощи.[21]

Основной показатель состояния послеоперационного пациента – внешний вид. Осложнение в виде ухудшения работы сердца, падения артериального давления, внутреннего кровотечения, недостаточности дыхательной функции, перитонита и т.д. провоцируют соответствующие изменения в облике пациента. Липкий и холодный пот, побледнение кожи, апатия или повышенная нервная возбудимость, прерывистое дыхание – это основные признаки развития кровотечения. Если у пациента резко побледнело лицо и посинели губы (цианоз), появилась холодная испарина, мышечная слабость, снизилось артериальное давление и нарушился пульс, то можно делать выводы о коллапсе. Кроме того, подобные симптомы возникают и при шоковом состоянии.[16]

Одутловатость и посинение лица и конечностей, учащенное дыхание и тревожность пациента могут свидетельствовать о наличии дыхательной недостаточности. Покраснение щек (гиперемия), высокая температура, одышка – признаки начала развития легочной пневмонии (воспаления легких). Перитонит (воспаление брюшной полости) тоже обладает внешними проявлениями. В частности, при развитии этой патологии у пациента заостряются черты лица, кожа становится бледной, глазные яблоки западают. При этом нужно учитывать, что температура тела у пациентов может увеличиваться после любых хирургических вмешательств. Это явление является абсолютно нормальным и

представляет собой ответ организму на причиненную травму. В большинстве случаев температура после операции стабилизируется через 2-3 суток. Кроме того, увеличение температуры часто отмечается при возникновении осложнений. Если через 2-3 дня температурные показатели достигают высоких значений (39 или 40 градусов), то это является следствием развития воспалительных процессов в зоне хирургического вмешательства.[16]

Наблюдение за работой сердечной мышцы осуществляется посредством прощупывания артерий в области предплечья и измерения показателя АД (артериального давления). Пульс после операции может несколько учащаться. Если же учащение составляет более 100 ударов/мин, то это может выступать следствием начинающего осложнения. О любых нарушениях пульса нужно незамедлительно сообщить лечащему доктору и приготовить иглы, шприцы, сердечные препараты и т.д.

Также медсестра должна следить за органами респираторной системы послеоперационного пациента. В таком случае акцент делается на частоте и ритмичности дыхательных движений, а также глубине дыхания. В некоторых ситуациях бессознательное состояние больного воспринимается в качестве глубокого сна. Однако при глубоком сне дыхание остается ритмичном. При обмороке, особенно спровоцированным проблемами с мозговым кровообращением, дыхание становится очень частым, шумным и прерывистым.

Характерным симптомом серьезных осложнений считается клокочущее дыхание, резка одышка, влажные или сухие хрипы.[11]

Контроль функционирования органов пищеварительной системы дает возможность дать адекватную оценку состояния послеоперационного пациента и обнаружить осложнения еще на начальном этапе из развития. Позывы к рвоте и икота могут выступать симптомами перитонита. В ряде случаев характер рвотных масс дает возможность идентифицировать у больного внутреннее кровотечение. Следует запомнить, что рвоту может вызывать и общая анестезия.

В послеоперационный период важно и своевременное обнаружение метеоризма. Эта патология может выступать как признаком осложнения, так и

причиной развития новых нарушений (пневмония, нарушение работы сердца и т.д.). Чтобы не упустить развитие осложнения, медсестра должна тщательно изучать испражнения послеоперационного пациента. О появлении осложнения может свидетельствовать «дегтеобразный», черный кал или наличие слизи и кровяных прожилок в составе каловых масс.[3]

После хирургического вмешательства важен и контроль работы органов мочевыделительной системы. Основным показателем обезвоженности организма выступает объем выделяемой урины. Снижение ее объема или абсолютное ее отсутствие – отрицательный признак, который часто встречается при сгущении кровяной сыворотки, малокровии, поражении почек, интоксикации и т.д.

Медсестра обязана следить за объемом выводимой урины и вводимой жидкости. Исследование диуреза дает возможность дать точную оценку водному обмену и работе многих органов, включая кишечник, почки, печень и сердечную мышцу. Анурия (отсутствие урины) нужно отличать от рядовой задержки урины.

В последнем случае у пациента есть позывы к испражнению мочевого пузыря, но он не может помочиться самостоятельно. Ощущение распирания и боли в нижней части брюшины отрицательно сказываются на состоянии послеоперационного пациента и способны ухудшать работу респираторной системы и сердца. Но при атонии, особенно у пациентов пожилого возраста и с патологиями спинного мозга,позывов к испражнению мочевого пузыря может и не быть. Небрежное отношение к пациентам этой группы и пациентам, которые находятся под действием наркоза или без сознания, может стать причиной развития очень опасных осложнений. Если пациент не имеет возможности самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, то нужно осмотреть зону этого органа. Как правило, при пальпации можно с легкостью нащупать заполненный мочевой пузырь над лобком.[9]

Характер урины тоже может оказать помощь при диагностике различного рода осложнений в период восстановления после хирургического вмешательства, т.к. она является показателем состояния и работы многих внутренних систем и органов. Измененный внешний вид мочи, как и каловых,

рвотных масс, обязательно должен быть тщательно исследовать. По этой причине любые патологические выделения обязательно нужно показать лечащему врачу.

Наблюдение за состояние кожи – другой немаловажный момент. Ее цвет в кратчайшие сроки меняется при ряде патологий и часто выступает первичным признаков возникающего осложнения. При возникновении синюшности, бледности или желтушности эпидермиса нужно принять оперативные меры, нацеленные на борьбу с развивающимся осложнением. Иногда кожный покров первым отвечает на индивидуальную непереносимость пациентов каких-либо медикаментов: на его поверхности возникают высыпания, крапивница. Кроме того, наблюдение за кожными покровами позволяет предупредить возникновение пролежней.[16]

Наблюдение за состоянием зоны операционной раны дает возможность предотвратить возникновение в ней воспаления и гнойных процессов. Медсестра обязательно тщательно следить за тем, чтобы марлевая повязка всегда была сухой, и чтобы она не была подвержена попаданию урины, кала и рвотных масс.

Кроме того, в первый день после хирургического вмешательства в ране может скапливаться кровь и образовываться гематомы. Признаками этого выступают кровоподтеки, вздутие в зоне раны, развитие внешнего кровотечения.

Резкое и неожиданное увеличение температуры тела пациента через 3-4 суток после хирургического вмешательства, усиление болевого синдрома и ухудшение общего самочувствия свидетельствуют о нагноении раны.

Истощение, недостаточное питание, нехватка витаминов (авитаминоз) вследствие ухудшения обменных процессов в организме отрицательно сказывается на процессах восстановления тканей, что часто выступает фактором расхождения операционной раны. Это явление называется эвентрацией и проявляется резким и интенсивным намоканием марлевой повязкой кровянисто-серозной жидкостью. Подобное осложнение нужно устранять незамедлительно. [21]

Для этого выполняется повторное хирургическое вмешательство и

накладываются новые швы. В ряде случаев операционные раны дренируются в ходе операции для оперативной ликвидации лишней жидкости и крови, поэтому промокание повязки в зоне специального дренажа не должно становиться причиной беспокойства медсестры и пациента. Нужно также учитывать, что иногда повязка может негативно сказываться на функции кровообращении, что проявляется цианозом, онемением и побледнением расположенных ниже отделов. В таком случае повязка должна быть как можно скорее заменена на новую.[14]

В послеоперационном периоде необходимо тщательное наблюдение и уход за хирургическим пациентом, так как от правильного ухода, особенно в первые послеоперационные дни, нередко зависит благоприятный результат операции. Несвоевременно обнаруженные симптомы, отсутствие внимательного ухода нередко дают тяжелые осложнения, ведущие к гибели больного, успешно перенесшего операцию.

Сестринский процесс в послеоперационный период направлен на создание и обеспечение лечебно-охранительного режима, что проявляется в соблюдении определенных принципов. [2]

1. Строгий постельный режим, придание нужного положения пациента в постели, профилактика пролежней.

2. Двигательная активизация пациента с целью профилактики пневмонии, тромбоэмболии и т.п.

3. Главное правило антисептики: все, что соприкасается с раной, должно быть стерильно.

4. Пациентам в бессознательном состоянии показано парентеральное питание и парентеральное введение жидкости.

Адаптация организма к условиям, в которых после хирургического вмешательства оказались органы системы кровообращения и респираторный тракт, наиболее легко проходит на фоне медикаментозного сна. Полостная операция – это большая травма для организма, поэтому придется вводить разнообразные лекарственные препараты, чтобы восстановление шло быстро и эффективно. На протяжении первых двух суток после операции пациенту

назначают строгий постельный режим и антибактериальную терапию во избежание развития различных инфекционных заболеваний.

При нормальном развитии событий строгий постельный режим продолжается 3-5 дней, затем больному разрешают вставать и ходить. Двигательную активность следует повышать постепенно. Физические нагрузки разрешаются только тогда, когда произойдет полное заживление швов. Сам процесс перехода от постельного режима к активному занимает обычно еще несколько дней. [13]

Роль медицинской сестры важна в этот период, так как в эти первые дни пациент нуждается в психологической помощи и поддержке. Необходимо консультировать пациента по вопросам ухода в раннем послеоперационном периоде (соблюдение диеты, постельного режима, отсутствие физических нагрузок и стрессовых ситуациях). Уход за тяжелыми послеоперационными пациентами включает в себя ряд характерных особенностей (Рисунок 3).[12]

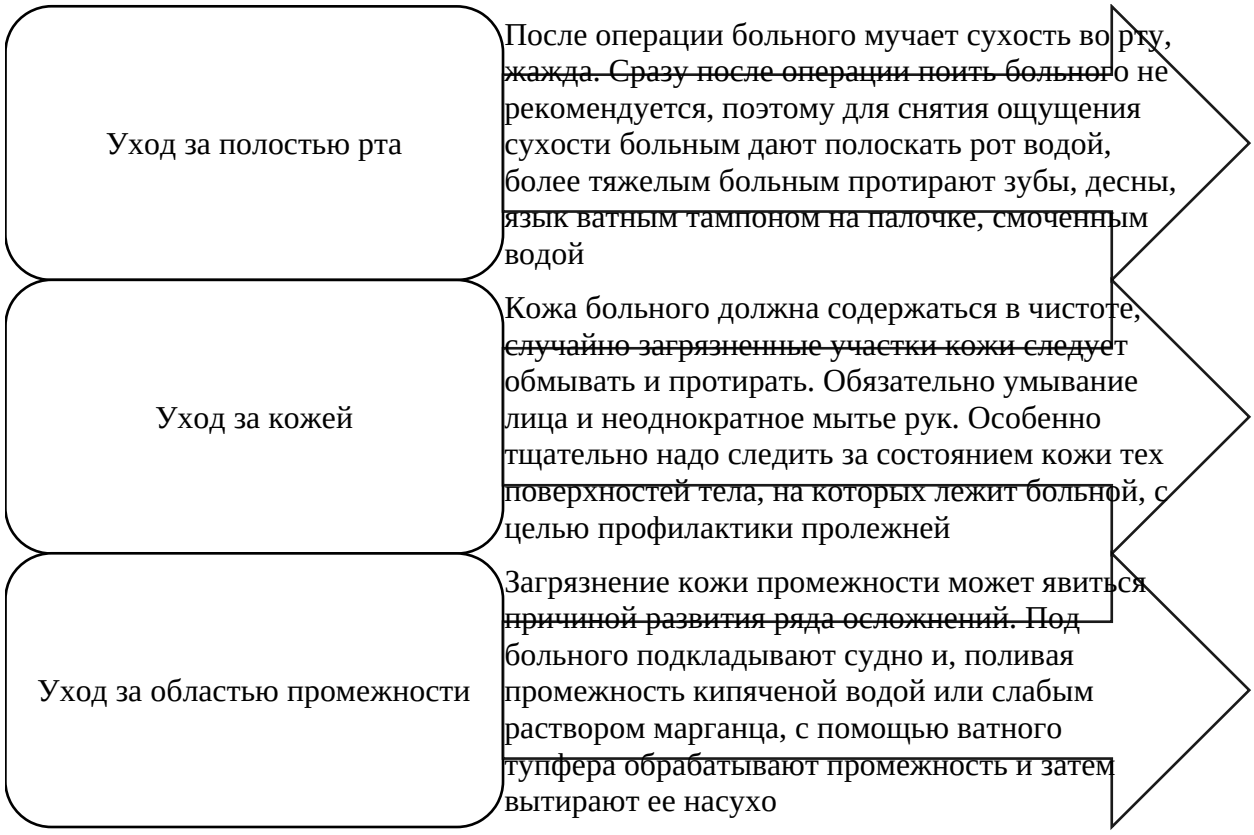

Рисунок 3 – Уход за тяжелыми послеоперационными пациентами

В первые сутки после операции больные нуждаются в постоянном динамическом наблюдении с целью своевременного распознавания и лечения возможных осложнений, которые могут быть при любом виде оперативного вмешательства. Иногда о многом говорит уже внешний вид пациента: резкая бледность его лица заставляет думать о возможности внутреннего кровотечения, о падении сердечной деятельности, об отравлении и других осложнениях; синюшность лица – о расстройствах и затруднениях дыхания, желтоватая окраска – о появлении желтухи и пр.[2]

Важно наблюдать за температурой тела после операции, измеряя ее утром и вечером; повышенная температура указывает обычно на ряд осложнений послеоперационного течения. При всяком повышении температуры должны быть выяснены его причины, так как оно может указывать на наличие инфекционного процесса, требующего экстренных мероприятий.

Медицинской сестре необходимо следить за нервной системой, находится ли пациент в сознании, в угнетенном настроении или возбуждении, есть ли головные боли, расстройства чувствительности. Как только пациента доставят из операционной в палату, сестра должна проверить его пульс; то же самое она должна сделать у послеоперационных пациентов при приеме дежурства, а у тяжелых пациентов – и несколько раз в течение дня. Обо всех тревожных изменениях в состоянии пациента необходимо сообщать дежурному врачу.[6]

В послеоперационном периоде у пациентов следует несколько раз в сутки осуществлять контроль за состоянием раны, обращая внимание на удобство, сохранность, чистоту и степень промокания повязки. После подавляющего большинства чистых операций рану зашивают наглухо и, наложив несколько слоев стерильной марли, фиксируют повязку наклейкой. Изредка между краями зашитой раны в повязку выводят дренаж из тонкой резины для оттока скапливающейся сукровицы, лимфы. [9]

Прооперированный пациент в течение первого дня не способен ухаживать за собой самостоятельно. При этом он мало двигается и не соблюдает личную гигиену.Самыми серьезными осложнениями, связанными с недостаточным

уходом, считаются пролежни, паротит, опрелости и воспаление в зоне промежности и кожных складок, стоматит (воспаление слизистой оболочки рта).

Обучение навыкам самостоятельного ухода возможно исключительно у пациентов, которые способны к этому. Медсестра должна идентифицировать подобную возможность и потребность в самостоятельном уходе. Преимущественная задача обучения самостоятельному уходу – обучить пациента доступным и понятным методикам самодиагностики, самостоятельного контроля собственного физиологического и психо-эмоционального состояния, самолечения и самопомощи, выработать мотивацию у пациента к самостоятельному исполнению рекомендаций медиков и навыки по самоуходу. [12]

После большей части хирургических вмешательств пациенты сталкиваются с жаждой и сухостью слизистых оболочек полости рта. Сразу после операции питье пациенту давать нежелательно, что объясняется риском возникновения рвоты. Для устранения сухости назначаются полоскания ротовой полости водой. В более тяжелых случаях больных протирают язык, десны и зубы увлажненным ватным тампоном. При выраженной сухости, которая провоцирует растрескивание языка, слизистых оболочек и губ, их смачивают повторно вазелиновым маслом. При ряде хирургических вмешательств употреблять питательные продукты через полость рта запрещено в течение 2-3 суток. В таком случае нужно выполнять санацию полости рта с помощью растворов антисептиков слабой концентрации (раствор марганцовокислого калия, соды и т.д.). Дополнительно больному нужно каждый день чистить зубы с помощью пасты, порошка и щетки.[11]

Для предупреждения развития гнойного паротита требуется возбуждение секреторной активности железы. Его можно достичь с помощью полоскания и протирания полости рта водой, в которую добавлен сок лимона. Кроме того, с этой же целью можно жевать корки черного хлеба или куски резины.

Периодическое загрязнение кожных покровов может выступать причиной возникновения большого количества осложнений (воспаление мочевыводящих

путей, гнойничковые патологии кожных покровов, воспаление мягких тканей и т.д.). По этой причине уход за областью промежности должен выполняться каждый день по 2 раза, даже если нет никаких видимых загрязнений. Этот уход требуется для предупреждения образования контактной формы дерматита, пролежней, недержания каловых масс и урины.[9]

2.3. Работа медицинской сестры по профилактике осложнений послеоперационного периода

Профилактика осложнений, которые могут развиваться в послеоперационном периоде со стороны систем жизнеобеспечения во многом определяется лечением сопутствующей патологии

Основы профилактики раневой инфекции операционном столе. После операции же следует следить за нормальным функционированием дренажей, так как скопление жидкости может стать хорошей почвой для размножения микроорганизмов и быть причиной нагноительного процесса. Кроме того, необходимо осуществлять профилактику вторичной инфекции. Для этого на следующий день проводят смену повязки, с последующей обработкой послеоперационного шва антисептиком и накладывают новую асептическую повязку. Повязку с антисептиком меняют ежедневно, а мазевые повязки через2-3 дня или по мере пропитывания повязки содержимым, т.е. по показаниям. [6]

Рассмотрим профилактику легочных осложнений. Профилактика данных осложнений во многом зависит от возможности медицинской сестры придать больному полусидящее положение (Фаулера).

При этом положении повышается кровообращение в легких, их вентиляция. В данном положении больному проще удалять скопившуюся мокроту, легче откашливаться. [15]

Важным моментом в профилактике воспаления легких является:

- снятие болей специальными препаратами;
- облегчение мокроты при помощи сердечных средств.

Активность больного играет в данном случае большую роль. Основной задачей медицинской сестры, здесь отражается обучение больного дыхательной гимнастике, её нужно проводить периодически:

- сделать 10-15 глубоких вздохов;

- регулярное откашливание.

На следующий день после операции огромное значение в профилактике воспаления легких имеют горчичники и круговые банки.

Далее проанализируем борьбу с гипертермией. На первые сутки после оперативных вмешательств у больных наблюдается сильное увеличение температуры тела.

Данное повышение резко ухудшает состояние больного. При этом понижение температуры, снижение неприятных ощущений, которые при этом возникают, достигается с помощью прикладывания пузырей со льдом к области операции и голове, на лоб больного накладывается холодный компресс.[13]

Если присутствует стойкое увеличение температуры, возможно использование жаропонижающих:

- антипирин;

- пирамидон;

- аспирин.

Особо успешно в понижении температуры действует внутримышечное введение 5-10 мл 4% раствора пирамидона.

Также стоит рассмотреть борьбу с задержкой мочеиспускания. В случае, когда через половину суток после операции пациент не может самостоятельно помочиться, необходимо применение мероприятий, которые имеют цель – добиться самостоятельного мочеиспускания больного. [13]

Больным, которые перенесли несложные операции можно разрешать подниматься с постели, некоторые больные категорически отказываются мочиться лежа, их можно отвезти на каталке в уборную.

Тем больным, которые перенесли сложную операцию, вставать нельзя, при особых назначениях врача им следует разрешать перевороты на бок, полусидящее положение.

В некоторых случаях для акта мочеиспускания необходимо ввести анальгетики и спазмолитики, положить теплую грелку на надлобковую область.Все данные мероприятия ликвидируют задержку мочеиспускания. Если же эти мероприятия остаются неэффективными, то только после проводят катетеризацию мочевого пузыря. При катетеризации строго соблюдать правила асептики. В тех случаях, когда состояние больного тяжелое и необходимо постоянное наблюдение за диурезом, катетер оставляют в мочевом пузыре на всё время раннего послеоперационного периода. [11]

Для профилактики пролежней необходимо:

1) применять функциональную кровать;

2) применять противопролежный матрац;

3) каждый день осматривать кожу в местах возможного формирования пролежней:

- пятки;
- лопатки;
- затылок;
- крестец;
- внутреннюю поверхность коленных суставов;
- области лодыжек;
- области большого вертела бедра;
- промежности;

4) своевременно подкладывать под места давления валики или подушечки их поролона в чехлах;

5) применять только хлопчатобумажное нательное и постельное белье, обязательно расправление складок на белье, стряхивание крошек;

6) каждые 2 часа следует изменять положение тела больного;

7) бережно перемещать пациента, исключая сдвиг тканей и трения, приподнимая пациента над постелью, возможно применение подкладной простыни;

8) каждый день по частям мыть кожу водой с жидким мылом, смывать мыло тщательно, кожу высушивать мягким полотенцем промокательными движениями;

9) не допускать чтобы пациент лежат в положении «на боку» на большом вертеле бедра;

10) при реализации общего массажа кожу больного обильно смазывать увлажняющим кремом;

11) реализовывать легкий массаж кожи в местах её побледнения;

12) применять непромокаемые пеленки и подгузники, которые уменьшают чрезмерную влажность кожи;

13) повышать активность пациента;

14) обучить родственников больного уходу за кожей;

15) Контролировать рацион питания послеоперационного пациента. В нем должнобыть минимум 500-1000 мг кислоты аскорбиновой и 120 г белка в сутки. Белок в количестве 10 г содержится в 60 г морской рыбы, 50 г творога, 55 г курицы, 1 курином яйце и 40 г сыра.

Оперированный больной после операции не может самостоятельно ухаживать за собой, боясь осложнений, старается двигаться как можно меньше, перестает реализовывать личную гигиену.

Основной задачей медицинской сестры, в данном случае, отражается окружение больного заботой и вниманием, обеспечение профилактики осложнений.[15]

Особо тяжелыми осложнениями, которые зависят от плохого ухода, отражаются:

- опрелости в области промежности и естественных складок тела;

- паротит;

- воспалительные явления ротовой полости – стоматит;

- пролежни.

Рассмотрим уход за полостью рта. У больных после операций, как правило, присутствует сухость во рту. При присутствии резкой сухости, которая доводит до растрескивания губ и языка, реализуют их смазывание вазелиновым маслом.

После некоторых операций прием пищи через рот не разрешается в течение нескольких дней. В данных случаях медицинская сестра должна проводить санацию ротовой полости слабыми антисептическими растворами. [23]

Также, больной должен чистить зубы каждый день. Очень важной профилактикой гнойного паротита отражается возбуждение секреции железа, которое достигается полосканием и протиранием ротовой полости водой с добавлением лимонного сока.

По механизму развития выделяются следующие группы осложнений:

-связанные с хирургическими манипуляциями или другими методами лечения (странгуляционная спаечная непроходимость, синдром Мендельсона и др.);

-обусловленные общими и местными нарушениями, вызванными основным заболеванием (эвентрация вследствие метаболических расстройств, которые развились при гнойно-воспалительных процессах — разрыве пиосальпинкса, перитоните и т.д.);

-вызванные тяжелыми нарушениями функционального состояния жизненно важных органов и систем организма (отек легких после операции при сердечно-сосудистой недостаточности, пневмония на фоне хронической легочной патологии и др.);

-ятрогенные гнойно-воспалительные осложнения (вследствие нарушений асептики и антисептики — нагноение операционной раны, перитонит после чистых плановых операций и др.);

- связанные с некачественным техническим исполнением (кровотечение в брюшной полости, оставленное инородное тело в малом тазу и др.).

При обследовании больного с подозрением на послеоперационное осложнение методологически медицинская сестра должна придерживаться следующего порядка.

Вначале изучаются жалобы, затем проводится общий осмотр, оценка функционального состояния органов и систем, специальное исследование, тщательная ревизия послеоперационной раны.[16]

В последующем, кроме лабораторных методов обследования, в диагностике осложнений могут быть применены ультразвуковые, рентгенологические методы, пункция брюшной полости, компьютерная томография.

Во всех случаях при диагностике послеоперационных осложнений используется помощь смежных специалистов (хирурга, уролога, инфекциониста и др.). [13]

Программа по профилактике послеоперационных осложнений строится на основании данных анализа и оценки их показателей за предшествующий период. Общими принципами профилактики послеоперационных осложнений являются:

-осуществление комплексной программы борьбы с госпитальной и хирургической инфекцией;

-проведение мероприятий по предупреждению тромбоэмболических осложнений;

-предупреждение организационных тактических и технических ошибок хирургов;

-рациональное оказание и использование научно-практической помощи клинических кафедр;

-единение акушерско-гинекологической помощи с общемедицинскими (хирургической, терапевтической и др.) службами.

Послеоперационная тошнота и рвота существенно ухудшают течение послеоперационного периода и могут быть причиной серьёзных осложнений, таких как аспирация, нарушения гемодинамики вследствие повышения

внутричерепного, внутрибрюшного или внутригрудного давления, могут провоцировать кровотечение. [19]

К основным факторам, вызывающим послеоперационную тошноту и рвоту, относят ингаляционные и внутривенные анестетики, наркотические анальгетики, центральные аналептики, антихолинэстеразные препараты. Послеоперационная тошнота и рвота возможны и при регионарной анестезии как следствие интраоперационной гипотензии.

Достаточно высок риск тошноты и рвоты у женщин, а также в тех случаях, когда известно, что пациента укачивает в транспорте. У курящих пациентов и пациентов пожилого возраста риск возникновения послеоперационной тошноты и рвоты ниже. [16]

Для профилактики послеоперационной тошноты и рвоты используют селективные антагонисты серотониновых рецепторов. Наиболее доступны трописетрон и ондансетрон. Применяемые в дозе 4 мг в период индукции анестезии, эти препараты снижают частоту послеоперационной рвоты до 3—5%, тошноты — до 10%. При отсутствии антисеротониновыхантиэметических препаратов возможно использование небольших доз дроперидола (2,5 мг в составе премедикации или во время индукции анестезии).

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений периода после операции включает в себя и антибактериальную профилактику. Не смотря на некоторое предвзятое отношение к антибиотикам, используют их на сегодняшний день очень широко.[21]

От удачно подобранной антибиотикопрофилактики зависит, насколько быстро справится организм с появившейся в нем инфекцией и при этом с минимальными побочными эффектами.

К фактору риска гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода относят и использование во время операции некачественных шовных материалов.

Не смотря на то, что шелк и кетгут отрицательно влияют на протекание раневого процесса, а также заживление ран – их продолжают широко

использовать по разным причинам. Менее негативно влияют такие материалы, как викрил, дексан, тефлон, лавсан, капрон, нейлон, арлон и фторлон. [23]

Из полимеров для соединения тканей могут использовать также и коллагеновые, циатнаткрилатные медицинские клеи, а также силиконовые материалы и прочие.

Основная задача медицинской сестры по профилактике осложнений - максимально снизить риск их возникновения.

Общие принципы:

1) системная борьба с госпитальной инфекцией;

2) сокращение сроков дооперационного и послеоперационного пребывания;

3) подготовка в плане усиления специфической и неспецифической сопротивляемости, алиментарного статуса;

4) выявление очагов инфекции в организме, в том числе дремлющей в старых послеоперационных рубцах;

5) своевременное их выявление и хирургическая санация;

6) адекватное терапевтическое лечение сопутствующих заболеваний при плановой госпитализации;

7) адекватная предоперационная подготовка больных;

8) профилактическое применение антибиотиков до операции и во время операций;

9) качественный послеоперационный уход за больными;

10) своевременное купирование послеоперационных нарушений;

11) единообразные схемы операционных действий и послеоперационного ведения в клинике (перевязки, диета, активизация);

12) активное ведения послеоперационного периода (ранее вставание, ЛФК и ранее питание).

Выводы ко второй главе.

Сестринский уход за больным представляет собой совокупность мероприятий, направленных на обеспечение всестороннего обслуживания

пациента, выполнения врачебных назначений, создания оптимальных условий и обстановки, способствующих быстрейшему выздоровлению пациента, облегчение страданий пациента, а также предотвращение возможных осложнений. Правильное и своевременное выполнение медицинской сестрой врачебных назначений и чуткое отношение к пациенту создают благоприятные условия для быстрого выздоровления.

Развитие послеоперационных осложнений связано с воздействием таких факторов, как психологический стресс, посленаркозное состояние, в зависимости от того, какое вещество было использовано для усыпления больного, боли в области послеоперационной раны, наличие травмированных тканей в зоне операции.

Основными принципами профилактики послеоперационных осложнений является внимательное и доброжелательное отношение к пациенту, адекватная предоперационная подготовка, тотальный контроль за состоянием пациента после оперативного вмешательства, контроль за физиологическими показателями, чтобы вовремя можно было распознать и принять необходимые меры для предупреждения развития.

3 АЛГОРИТМЫ СЕСТРИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

3.1 Замена постельного и нательного белья больному

Прежде, чем приступить к выполнению любой манипуляции по личной гигиене необходимо выполнить ряд мероприятий.

1. Нужно приготовить необходимое оснащение.
2. Сообщить пациенту цель и ход её выполнения.
3. Получить у пациента одобрение на проведения манипуляции.
4. Поинтересоваться, нет ли у больного желания, чтобы рядом с его постелью установили ширму.
5. При проведении манипуляции важно следить за самочувствием и состоянием прооперированного больного.
6. Узнать у пациента о его состоянии после завершения манипуляции.
7. При ухудшении самочувствия пациента необходимо незамедлительно прекратить осуществление манипуляции. Кроме того, пациенту следует оказать первую помощь до прибытия врача.

Замена белья у пациента осуществляется минимум каждые 7-10 суток, у тяжелых послеоперационных пациентов белье меняется по мере его загрязнения. Менять белье у тяжелых и лежащих больных нужно с помощью 1-2 медиков-помощников.

Сменить постельное бельё тяжелому больному можно с помощью 2 способов.

Способ №1 применяется в той ситуации, если больному можно разворачиваться в своей кровати.

Цель: соблюдение личной гигиены.

Показания: плановая смена белья, по необходимости.

Оснащение: непромокаемый мешок, перчатки, чистая смена нательного и постельного белья.

1. Подготовка к процедуре.

1)информация пациента о проведении процедуры.

2) получить согласие на проведение процедуры.

3) приготовить непромокаемый мешок.

4)надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры.

1) Горизонтальный способ смены постельного белья (применяется при постельном режиме):

-чистую простынь скатать по длине до половины;

-поднять голову пациента и убрать из-под нее подушку;

-подвинуть пациента к краю кровати, повернуть его на бок («на себя»);

-грязную простыню скатать по всей длине по направлению к пациенту;

-на освободившейся части постели расстелить простыню;

-повернуть пациента на спину, а затем на другой бок, так чтобы он оказался на чистой простыне;

-убрать грязную простыню и расправить чистую;

-края простыни подвернуть под матрац.

Способ №2 применяют, если пациенту запрещены активные движения в постели.

2) Вертикальный способ смены постельного белья (применяют при строгом постельном режиме):

-чистую простыню полностью скатать, как бинт в поперечном направлении;

-осторожно приподнять верхнюю часть туловища пациента, убрать подушку;

-быстро скатать грязную простыню со стороны изголовья до поясницы, положив на освободившуюся часть кровати чистую простыню;

-на чистую простыню положить подушку и опустить на нее голову пациента;

-приподнять таз пациента, а затем ноги пациента, сдвинуть грязную простыню, продолжая расправлять чистую;

-отпустить таз и ноги пациента, заправить края простыни под матрац. (Рисунок 4)

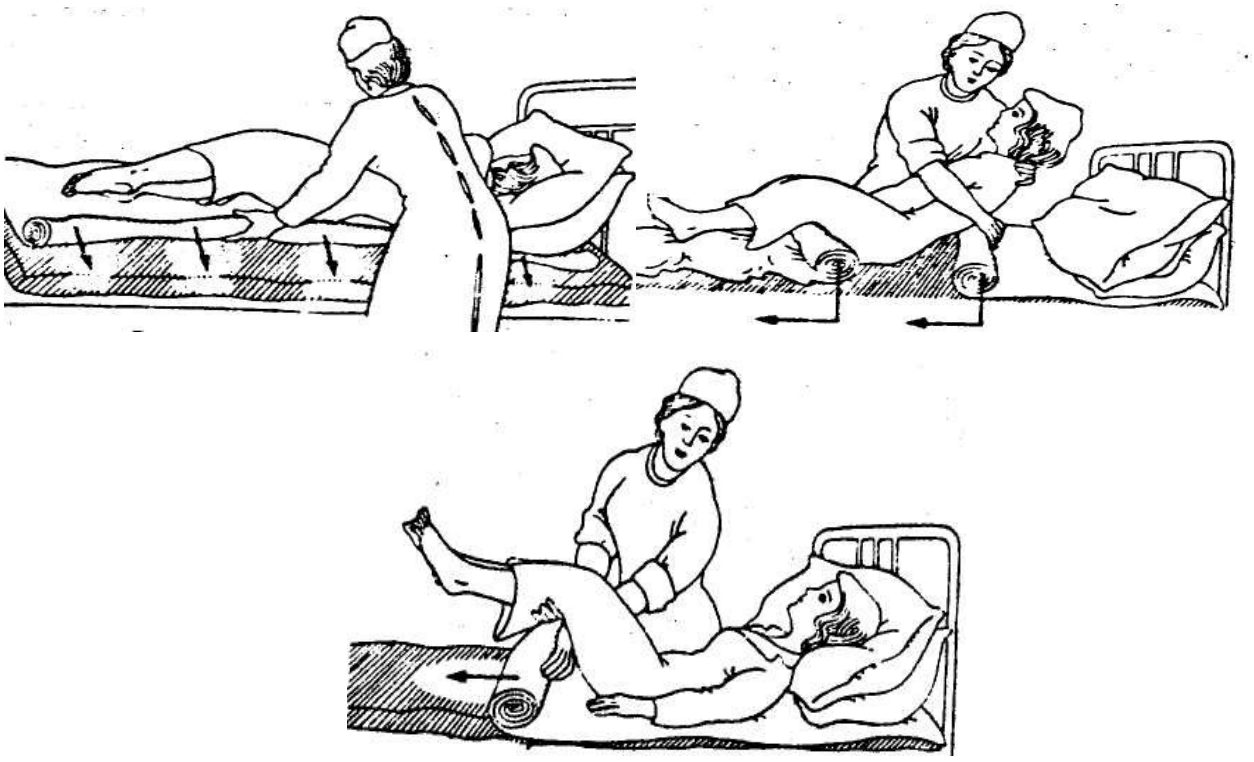

Рисунок4 Замена постельного белья больному.

3. Завершение процедуры.

1. Снять перчатки и поместить в емкость с дезинфицирующим раствором.

2. Вымыть (гигиенический уровень) и осушить руки.

3. Сделать запись о выполнении процедуры в сестринской документации.

Смена нательного белья:

Цель: поддержание личной гигиены, профилактика ВБИ.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащения: чистая рубашка, мешок для грязного белья.

1. Подготовка к процедуре.

1) Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.

2) Оценить физические возможности пациента.

3) Подготовить чистую рубашку.

4) Вымыть руки. При необходимости надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры.

1) Поднять голову и плечи пациента, помочь ему сесть. Собрать рубашку со спины до затылка переместить ее через голову на грудь, затем полностью снять с рук.

Примечание:

-пациенту, испытывающему трудности при сидении, смену осуществлять с помощником, который придерживает пациента за плечи;

-пациенту, прикованному к постели, выполнять процедуру в той же последовательности, только в положении лежа.(Рисунок 5)

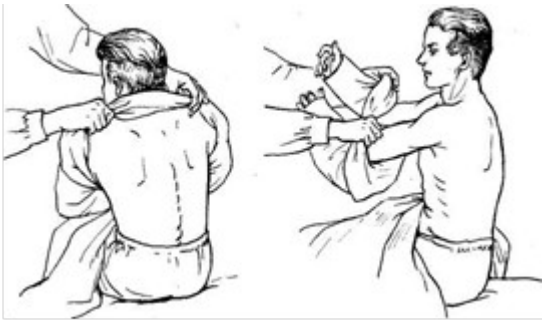

Рисунок5 Смена нательного белья больному.

2) Положить рубашку в мешок для грязного белья.

3) Надеть чистую рубашку в обратном порядке: вначале на руки, затем переместить за голову и расправить рубашку на спине и груди.

4) Помочь пациенту занять удобное положение. Укрыть пациента. Убедиться, что он чувствует себя комфортно.

3. Окончание процедуры.

1) Удалить мешок с грязным бельем из палаты. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

2) Сделать отметку о смене белья в документации.

3.2. Уход за наружными половыми органами у мужчин

Цель: поддержание личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: кувшин с теплой (35 – 37°С) водой; махровая рукавичка – 2 шт.; почкообразные лотки; перчатки; ширма; клеенка; пеленка; судно.

Алгоритм действий медсестры.

1. Подготовка к процедуре.

1)Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, получить его согласие.

2)Подготовить необходимое оснащение. Налить в емкость (тазик) теплую воду.

3)Отгородить пациента ширмой (при необходимости).

4)Вымыть руки. Надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры.

1)Опустить изголовье кровати, повернуть пациента набок.

Постелить клеенку и пеленку под пациента.

2)Повернуть пациента на спину. Поднять изголовье кровати. Помочь ему занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слегка согнуты в коленях и разведены).

3)Надеть махровую рукавичку на перчатку правой руки.

4)Смочить рукавичку в емкости (тазике) с теплой водой, слегка отжать ее. Левой рукой оттянуть крайнюю плоть, обнажить головку полового члена и потереть ее влажной рукавичкой. Особенно тщательно обработать область уздечки.

5)Смочить рукавичку, слегка отжать ее протереть мошонку.

6)Выполнить очередное ополаскивание рукавички. Протереть паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. По окончании процедуры снять рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов.

7)Сменить рукавичку на сухую. Осушить половой член, мошонку, паховую область и далее в той же последовательности. Снять использованную рукавичку, поместить в лоток для использованных предметов.

Примечание: в стационарах уход за наружными половыми органами чаще осуществляется на судне с помощью корнцанга, стерильных тампонов и кувшина с водой.

8)Опустить изголовье кровати, переместить пациента набок. Убрать клеенку и пеленку в непромокаемый мешок для грязного белья.

9)Переместить пациента на спину, поднять изголовье. Укрыть пациента. Убедитесь, что он чувствует себя комфортно. Убрать ширму. Вынести из палаты мешок с бельем, лоток с рукавичками.

3. Завершение процедуры.

1)Погрузить использованные рукавички в раствор дезинфектанта.

2)Продезинфицировать содержимое судна с дальнейшей утилизацией. Судно поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

3)Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки.

4)Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в документации.

3.3 Уход за наружными половыми органами и промежностью у женщин

Цель: поддержание личной гигиены.

Показания: дефицит самоухода.

Оснащение: емкость с теплой (35 – 37°С) водой; почкообразные лотки; перчатки; ширма; клеенка; пеленка; судно; ватные тампоны и марлевые салфетки; корнцанг; кувшин; мешок для грязного белья.

Алгоритм действий медсестры.

1. Подготовка к процедуре.

1)Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ей. Уточнить, как к ней обращаться, если медсестра видит пациентку впервые. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры, получить ее согласие.

2)Подготовить необходимое оснащение. Налить в кувшин теплой воды. Положить в лоток ватные тампоны (салфетки), корнцанг.

3)Отгородить пациенту ширмой (при необходимости).

4)Вымыть руки. Надеть перчатки.

2. Выполнение процедуры.

1)Опустить изголовье кровати, повернуть пациента набок. Постелить клеенку и пеленку под пациентку.

2)Поставить судно в непосредственной близости от ягодиц пациентки. Повернуть ее на спину так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна.

3)Помочь занять оптимально удобное положение для проведения процедуры (положение Фаулера, ноги слега согнуты в коленях и разведены).

4)Встать справа от пациентки (если медсестра правша). Поместить в непосредственной близости от себя лоток с тампонами или салфетками. Закрепить тампон (салфетку) корнцангом.

5)Держать кувшин в левой руке, а корнцанг в правой. Лить воду на половые органы женщины, обрабатывать их движениями сверху вниз в направлении к анальному отверстию в определенном порядке: а) лобок; б)

паховую область справа и слева; в) далее правую и левую половые (большие) губы; г) область анального отверстия, межъягодичную складку, меняя салфетки по мере загрязнения.

6)Особенно тщательно обработать малые половые губы и область клитера. Использованные тампоны сбрасывать в судно.

7)Осушить в той же последовательности промокательными движениями с помощью сухих салфеток лобок, паховые складки, гениталии и область анального отверстия пациентки.

8)Обработать кожным антисептиком возможные порезы, высыпания и др., если лобок пациентки был побрит.

9)Повернуть пациентку набок. Убрать судно, клеенку и пеленку. Вернуть пациентку в исходное положение, на спину. Поместить клеенку и пеленку в непромокаемый мешок.

10)Помочь пациентке занять удобное положение. Укрыть ее. Убедиться, что она чувствует себя комфортно. Убрать ширму.

3. Завершение процедуры.

1)Подвергнуть дезинфекции используемый инструментарий.

2)Продезинфицировать содержимое судна с дальнейшей утилизацией. Судно поместить в емкость с дезинфицирующим средством.

3)Снять перчатки и положить их в лоток для использованных материалов с последующей дезинфекцией и утилизацией. Вымыть и осушить руки.

4)Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента в документации.(Рисунок 6)



Рисунок6 Уход за наружными половыми органами

3.4. Помощь тяжелобольному в использовании судна и мочеприемника

Цель: уход за тяжелобольными.

Оснащение: 2 пары чистых перчаток; судно, мочеприемник; клеенка; туалетная бумага; ширма; лоток; салфетки; воды; корнцанг.

Алгоритм действия медсестры.

1. Подготовка к процедуре.

1)Доброжелательно и уважительно представиться пациенту. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, если она проводится впервые.

2)Получить его согласие на проведение процедуры.

3)Оценить возможности пациента, оказать помощь при перемещении.

4)Вымыть руки. Надеть перчатки.

5)Подготовить необходимое оснащение. Ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного воды. Убедиться, что поверхность судна сухая.

Примечание: если у пациента не нарушена целостность кожных покровов и отсутствуют пролежни в области крестца, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей.

2. Выполнение процедуры.

1)Отгородить пациента ширмой (при необходимости).

2)Опустить изголовье. Вставить с помощником по обе стороны кровати. Медсестре помочь пациенту слегка повернуться набок. Придерживать его в этом положении, фиксируя за плечи и таз. Помощнику подложить и расправить клеенку под ягодицами пациента.

3)Поставить судно на клеенку в непосредственной близости от ягодиц пациента, помочь пациенту повернуться на спину – при этом его промежность должна оказаться на судне.

Примечание: мужчине при отсутствии самостоятельных действий можно поставить между ног мочеприемник и бережно опустить в него половой член (при необходимости одновременной подачи судна и мочеприемника или независимо от подачи судна).

4)Снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала.

5)Поправить подушки, приподнять изголовье кровати, укрыть пациента одеялом.

6)Периодически подходить к пациенту.

7)После получения «сигнала» от пациента о завершении опорожнения медсестре опустить изголовье кровати. Повернуть пациента набок, придерживать его за плечи и таз; помощнику надеть перчатки, убрать судно и накрыть его (судно можно убрать в целлофановый пакет).

8)Медсестре придерживать некоторое время пациента в положении на боку; помощнику помочь пациенту вытереть область анального отверстия туалетной бумагой, если пациент не может сделать это самостоятельно.

9)Переместить пациента на спину. Подмыть пациента. При необходимости обеспечить пациенту возможность вымыть руки.

10)Убрать клеенку из-под пациента. Укрыть пациента одеялом, помочь ему занять удобное положение. Убрать ширму (если процедура выполнялась в палате). Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно.

3. Окончание процедуры

1)Провести дезинфекцию использованных предметов ухода. Вымыть и осушить руки.

2)Сделать запись об опорожнении кишечника или мочевого пузыря и реакции пациента в документации. (Рисунок 7)

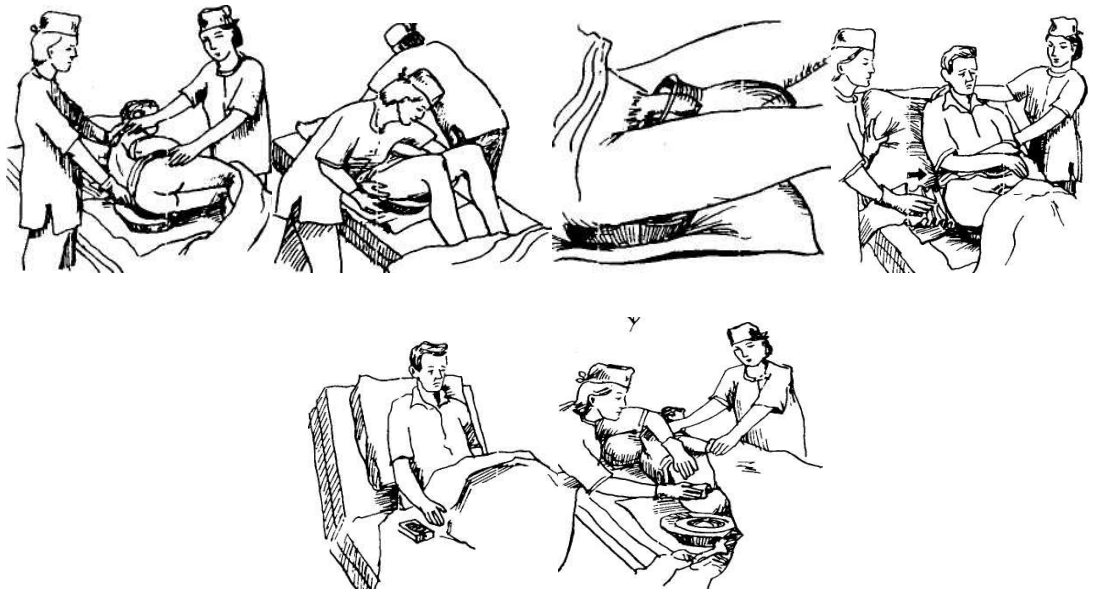

Рисунок 7Помощь тяжелобольному в использовании судна и мочеприемника

Выводы к третьей главе

Сестринский уход включает в себя правильно проведенные манипуляции пациентам в послеоперационный период.

Для поддержания личной гигиены и профилактики ВБИ, нужно своевременно менять пациенту постельное и нательное белье.

Так же при дефиците самоухода , пациент нуждается в уходе наружных половых органов.

Помочь пациенту в использовании судна или мочеприемника.

Медсестра должна проявить чуткое и внимательное отношение к пациенту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе были изучены особенности послеоперационного периода и определены особенности сестринской деятельности при уходе за хирургическими пациентами.

В результате можно сделать ряд выводов.

1. Послеоперационный период – это время от момента снятия больного с операционного стола до заживления раны и исчезновения расстройств, вызванных операционной травмой.

2. В послеоперационном периоде задачи медицинской сестры состоят в том, чтобы научить пациентов продолжить восстановительные мероприятия дома; объяснить целесообразность непрерывности выполнения лечения для восстановления физической работоспособности, улучшения качества жизни и ее полноценности.

3. Задачи медицинской сестры в хирургическом отделении заключаются в том, чтобы окружить пациента вниманием и заботой, обеспечить его тщательный уход, а также активно участвовать в профилактике осложнений и борьбе с ними.

4. Основной задачей профилактики послеоперационных осложнений является коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния основных органов и систем.

Современный уровень развития сестринского дела требует от медицинской сестры умения самостоятельно оценивать состояние и потребности хирургических пациентов, вести правильное наблюдение за ними, применять обоснованные решения, связанные с определенной ответственностью, когда от компетенции медицинской сестры зависит успех лечения пациентов, а также в случае необходимости оказывать неотложную помощь.

На сегодняшний день происходит смещение роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону высококвалифицированного помощника врача по уходу и обеспечению высокого

уровня оказания медицинской помощи. Продлить жизнь человеку и улучшить ее качество способны не только радикальные хирургические вмешательства и применение лекарственных препаратов, но и профессиональный уход, создание комфортной психологической обстановки, ежедневная кропотливая работа с пациентом.

Медицинские сестры должны знать возможные проблемы пациентов хирургического профиля, принципы профилактики возможных послеоперационных осложнений, особенности режимов питания и двигательной активности. Медицинская сестра должна уметь осуществлять сестринский процесс, давать рекомендации по назначенной диете, обеспечить специальной литературой при нехватке знаний пациента о своем виде заболевания, подготовить пациента к обследованию/операции.

Кроме того, медицинская сестра почти постоянно находится около пациента, поэтому именно она замечает ухудшение состояния пациента и должна в критических ситуациях самостоятельно оказать первую помощь (подача кислорода, удаление рвотных масс из носоглотки, остановка кровотечения прижатием и т. д.).

Таким образом, несмотря на достижения современной медицины, важнейшим вопросом хирургии является помощь пациенту после операции. Внедрение сестринского процесса определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей хирургической патологии.

Итак, результаты работы подтвердили, что важным компонентом медицинской помощи при ведении хирургических пациентов является грамотно организованный сестринский процесс. Таким образом, цель достигнута, задачи работы решены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Андреева П.С., ФрензельА.А.«Неотложная помощь в терапии и хирургии» Ростов-на-Дону: изд. «Феникс», 1999. – 267 с.
2. Барыкина Н.В, О.В. Чернова. «Сестринское дело в хирургии»: практикум /– Изд. 11-е. – Ростов н/Д.: Феникс, 2014. – 460 с.
3. Богданов А.В, Л.Г. Харитонов, Т.П. Макаренко«Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде»). – М.: «Медицина», 1989. – 352 с.
4. Возьмитина А.В, Т.Л.Усевич«Медсестра хирургического профиля» «Практические навыки». Ростов-на-Дону: изд. «Феникс», 2002.-317с.
5. Вязьмин А. М. Иванова В. Г. Недашковский Э. В. «Об организации послеоперационного наблюдения в многопрофильной больнице»// Экология человека, №2, 2012 г. 17-22 с.
6. Гарелик, П.В.Общая хирургия/ П.В Гарелик. –Минск: Высшая кола – 2014.–532 с.
7. ГобеджишвилиВ.К.[и др.]»Манипуляции по общему уходу за больными хирургического профиля»: учебное пособие /. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2013. – 146 с.
8. Евсеев М.А.: «Уход за больными в хирургической клинике» «ГЭОТАР-Медиа», 2010 г.-192с.
9. Князева Л.И,Л.А. Князева, Горяйнов И.И. «Внутренние болезни»-Курск, 2014г.-624с.
10. Измалков С.Н, Семенкин О.М, Яшков А.В, Шишкина А.А. «Реабилитация в раннем послеоперационном периоде»// Реабилитация больных, №9, 2016 г.
11. Кулешова Л.И., Е.В. Пустоветова; под общ. ред. В.В. Морозова. «Основы сестринского дела: учебник / – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 733 с.
12. Ладин С. Э, Яковенко Т. В, Оболенская Т. И, Мовчан К. Н, Азивов Э.М. «Роль реабилитационных мероприятий наблюдения за

послеоперационными больными»// Военно-медицинский журнал, №11, 2013 г. 47-48 с.

13. ЛинянС.А.«Особенности профессиональной деятельности медсестры хирургического отделения»// Управление социально-экономическими процессами региона, 2015 г. 43-46 с.

14. Обуховец Т.П. «Сестринское дело и сестринский уход: учебное пособие» /. – М.: КНОРУС, 2017. – 680 с.

15. Оразбаева Э. А. «Роль коммуникативной компетентности в работе медицинской сестры»// Материалы 11-й Международной научно-практической конференции, 2015 г. 343-345 с.

16. Плеханов А.Н, В.В. Намханов, Т.И. Батудаева. «Уход за больными в хирургическом стационаре»: учебно-методическое пособие / сост.:– Улан-Удэ: Изд-во БГУ, 2016. – 88 с.

17. Рябчиков Т.В, Н.А. Назарова «Сестринский процесс» (- 2000. 40 с.

18. Сафина А.В. «Управление качеством медсестринской деятельности», №2, 2012 г. 72-75 с.

19. Серова Л. Д. «Уход за больными в послеоперационном периоде»// Медицинская сестра, №3, 2012 г. 26-27 с.

20. Склярова Т.Л., Чернова О.В, Обуховец Т.П. «Основы сестринского дела» Ростов-на-Дону: «Феникс», 2003.-512с.

21. Чернов В.Н, И.И. Таранов, А.И. Маслов«Уход за хирургическими больными: учебное пособие. – М.; Ростов н/Д.: МарТ, 2004. – 223 с.

22. Чиркова С. В. Фоменко О. И. «Роль медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов после операции»// Актуальные направления научных исследований, №2, 2015 г. 38-42 с.

23. Яромич И.В. «Сестринское дело и манипуляционная техника» Учебник / — 3-е изд. — Минск: Выш. шк., 2014 г. – 527 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Организационная структура бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница»

