**Введение**

В курсовой работе рассматриваются вопросы предоперационной подготовки пациента, организация сестринского процесса в предоперационном и послеоперационном периоде.

Актуальность Сестринского процесса в хирургической практике заключается:

1. В определение границы деятельности медицинской сестры.
2. В определение научного метода оказания сестринской помощи больным.

Большинство поступающих в хирургические отделения пациентов подвергаются оперативному вмешательству. Каждое оперативное вмешательство является сложным процессом, состоящим из трех этапов, каждый из которых, играет одинаково важную роль в судьбе пациента. Этими этапами являются: предоперационная подготовка, операция и послеоперационный период.

Наиболее ответственным этапом является операция, но нельзя недооценивать предоперационную подготовку и послеоперационный уход за больным.

Как бы блестяще технически не была произведена операция, одна она не может обеспечить успеха лечения, необходима предварительная подготовка, а также проверка работы жизненно важных органов и учет индивидуальных особенностей больного. Без учета этого, оперативное пособие может быть безуспешным.

Залогом успеха каждой операции является строгое соблюдение тактики и этапности оперативного пособия.

Для получения успешного результата хирургического вмешательства (быстрое восстановление в послеоперационном периоде, отсутствие осложнений во время и после операции) команда специалистов, готовящая пациента к операции, должна решить две важные задачи:

А) Обследование пациента с целью идентификации факторов, способных повлиять на течение операции и послеоперационного периода; эти факторы включают в себя общее состояние организма и все физические и психологические аспекты, предрасполагающие к развитию осложнений.

В) Психологическую и физиологическую подготовку пациента для предстоящей хирургической травмы с целью уменьшения возможных негативных последствий вмешательства и ускорения выздоровления.

В качестве члена команды междисциплинарных специалистов, подготавливающих пациента к операции, медсестра должна уметь использовать разнообразные техники специфического сестринского вмешательства. Расспрос и физикальное обследование являются фундаментальными навыками. Терапевтическое общение, обучение пациента и проведение мероприятий по снижению его тревожности готовят пациента психологически. Гигиенические процедуры, введение катетеров и зондов, медикаментозная терапия относится к физиологической подготовке.

СП – это систематизированный метод решения проблем для предоставления индивидуализированной помощи пациентам при любом состоянии здоровья. Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти основных этапов: сестринское обследование пациента, диагностирование его состояния (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), выполнение плана необходимых сестринских вмешательств и оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости. Осуществляя Сестринский Процесс медсестра является координатором и связующим звеном между всеми участниками хирургического лечения.

Сестринский процесс используется для организации сестринской помощи (ухода), в результате чего пациент становится активным участником в индивидуализированном процессе собственного излечения.

**Предоперационный период**

Предоперационный период- это время от поступления пациента в хирургическое отделение до начала операции. Продолжительность его бывает различной, что зависит от характера заболевания, тяжести состояния больного, срочности операции.

Основные задачи предоперационного периода:

-установка диагноза,

-определение показаний срочности выполнения, и характер операции,

-подготовка к операции.

Основная цель предоперационной подготовки - свести до минимума риск предстоящей операции и возможность развития послеоперационных осложнений. Установив диагноз хирургического заболевания, следует выполнить в определенной последовательности основные действия, обеспечивающие предоперационную подготовку:

2.1 определить показания и срочность операции, выяснить противопоказания;

2.2 провести дополнительные клинические, лабораторные и диагностические исследования с целью выяснения состояния жизненно важных органов и систем;

2.3 провести психологическую подготовку пациента к операции;

2.4 осуществить коррекцию нарушений систем гомеостаза;

2.5 провести профилактику эндогенной инфекции;

2.6 выбрать метод обезболивания, провести премедикацию;

2.7 осуществить предварительную подготовку операционного поля;

2.8 транспортировать пациента в операционную;

2.9 уложить пациента на операционный стол.

**Определение срочности операции**

Сроки выполнения операции определяются показаниями, которые могут быть жизненными (витальными), абсолютными и относительными.

- Жизненные показания к операции возникают при заболеваниях, малейшая отсрочка операции, при которых угрожает жизни больного. Такие операции выполняют в экстренном порядке. Этими показаниями являются:

- продолжающееся кровотечение, при разрыве внутреннего органа,

-острые заболевания органов брюшной полости воспалительного характера,

- гнойно-воспалительные заболевания – абсцесс, флегмона, острый остеомиелит.

- Абсолютные показания к операции возникают в тех случаях, при которых невыполнение операции, длительная отсрочка, могут привести к состоянию, угрожающему жизни состоянию. Они выполняются в срочном порядке, через несколько дней или недель с момента поступления пациента в хирургический стационар. Этими заболеваниями являются злокачественные новообразования, стеноз привратника, механическая желтуха и т.д.

- Относительные показания к операции могут быть при заболеваниях, не представляющих угрозы для жизни больного (грыжи, доброкачественные опухоли). Они выполняются в плановом порядке.

При постановке показаний к операции необходимо выяснить противопоказания к ее проведению: сердечная, дыхательная и сосудистая недостаточность (шок), инфаркт миокарда, инсульт, печоночно-почечная недостаточность, тромбоэмболическая болезнь, тяжелые нарушения обмена веществ, анемия, кахексия.

Указанные изменения со стороны жизненно важных органов должны оцениваться индивидуально и соответственно объему и тяжести предполагаемой операции. Оценка состояния пациента проводится с участием соответствующих специалистов (терапевт, невропатолог, эндокринолог). При относительных показаниях к операции и наличии заболеваний, увеличивающих риск выполнения операции, ее откладывают. Лечение проводят профильные специалисты.

При операциях по жизненным показаниям, когда предоперационная подготовка ограничена несколькими часами, оценка состояния пациента и подготовка его к операции должны проводиться совместно хирургом, анестезиологом-реаниматологом, терапевтом. Должны быть определены объем операции, метод обезболивания, средства для лекарственной и трансфузионной терапии. Выполняемая операция должна быть минимальна по объему и направлена на спасение жизни пациента.

Оценка операционно-анестезиологического риска.

Хирургическая операция и анестезия представляют для пациента потенциальную опасность. Поэтому, объективная оценка операционно-анестезиологического риска очень важна для определения показаний к операции и выбора метода обезболивания, так как это позволяет снизить опасность операции. Обычно применяют балльную оценку операционно-анестезиологического риска, которую следует проводить с учетом 3 факторов: общего состояния пациента; объема и характера операции; вида анестезии.

**Дополнительные исследования**

Правильно оценить состояние пациента перед операцией помогает тщательное его обследование. В период предоперационной подготовки возникает необходимость в проведении дополнительных исследований. Из анамнеза необходимо выяснить наличие жажды, объем потери жидкости с рвотой, объем кровавой рвоты и ориентировочный объем кровопотери при наружном кровотечении. Выясняют аллергологический и трансфузиологический анамнез- аллергические реакции на трансфузионные средства в прошлом, наличие заболеваний печени, почек, количество выделяемой мочи в связи с развившимся заболеванием.

При осмотре кожи и слизистых оболочек следует обратить внимание на их цвет, сухость, спадение поверхностных вен, что может указывать на дегидратацию, волемические нарушения. Наличие цианоза кончиков пальцев, мраморности кожных покровов свидетельствует о нарушении микроциркуляции, дыхательной недостаточности.

Обязательным является определение частоты и характера пульса, артериального давления, а так же проведение электрокардиографического исследования. Определяют глубину и частоту дыхания, отмечают наличие отдышки, шумов и хрипов при аускультации легких.

Для оценки выделительной функции почек измеряют суточный диурез, почасовой диурез.С целью оценки состояния гомеостаза необходимо динамическое определение уровня гемоглобина, гематокрита, кислотно-основного состояния, основных электролитов (Na, K, Ca, Mg,Cl), ОЦК и его компонентов.

В экстренных ситуациях лабораторные исследования должны быть ограничены, чтобы не задерживать операцию. При установленном диагнозе исследования крови и мочи( общие анализы) позволяют определить степень выраженности воспалительных изменений, степень кровопотери( уровень гемоглобина, гематокрита) . Анализ мочи позволяет судить о функции почек. При возможности исследуют экспресс-методом электролитный состав крови, ОЦК.

При экстренных операциях время для подготовки крайне ограничено и практически отсутствует в экстремальных ситуациях (при ранениях сердца, массивных внутренних кровотечениях), когда пациента сразу доставляют в операционную.

Предоперационная подготовка начинается до поступления пациента в хирургическое отделение. Врачом поликлиники или «скорой помощи» при первичном осмотре пациента определяется предварительный диагноз и показания к операции, проводят психологическую подготовку (убеждение его в необходимости хирургического лечения и благоприятном его исходе). Если имеют место нарушения функций жизненно важных органов, кровотечение, шок, врач начинает проводить противошоковые мероприятия, остановку кровотечения, применяют сердечные, сосудистые средства. Лечебные мероприятия продолжаются при транспортировке пациента в хирургическое отделение и являются началом подготовки к операции.

Психологическая подготовка направлена на успокоение пациента, вселение в него уверенности в благоприятном исходе операции. Ему необходимо разъяснить необходимость операции и выполнение ее в экстренном порядке. Это должно быть сделано в мягкой форме, спокойным голосом, чтобы внушить пациенту доверие к врачу. Убеждения такого характера, особенно важны при отказе больного от операции. Отказ может быть обусловлен страхом или неадекватном отношении пациента к болезни.

**Коррекция систем гомеостаза**

Предоперационная подготовка – важнейший этап хирургического лечения. Даже при безукоризненно выполненной операции, если не учтены нарушения функций органов и систем организма, не проведена их коррекция до, во время и после вмешательства, успех в лечении сомнителен и исход операции может быть неблагоприятным.

Предоперационная подготовка должна быть краткосрочной и быстро эффективной, в экстренных ситуациях в первую очередь должна предусматривать уменьшение степени гиповолемии и дегидротации тканей, нарушений вводно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния. Для уменьшения метаболического ацидоза вводят гидрокарбонат натрия, препараты глюкозы с инсулином. Одновременно применяют сердечно-сосудистые средства.

При острой кровопотере и остановленном кровотечении проводят переливания крови, полиглюкина, альбумина, плазмы. При продолжающемся кровотечении трансфузию начинают в центральную и перефирическую вену, пациента сразу же доставляют в операционную с целью остановки кровотечения под прикрытием трансфузионной терапии. Гемостатическая терапия должна проводиться и в послеоперационном периоде.

При поступлении пациента в состоянии шока: травматического, токсического или геморрагического, проводят противошоковую терапию, направленную на ликвидацию шокогенного фактора и на восстановление ОЦК с помощью трансфузионной терапии, при необходимостии воздействуют на сосудистый тонус сосудосуживающими средствами.

Операции при шоке носят реанимационный характер. Операцию выполняют при установлении артериального давления не ниже 90 мм.рт.ст. При геморрагическом шоке и продолжающимся внутреннем кровотечении операцию выполняют, не дожидаясь выведения пациента из состояния шока, так как причина шока может быть устранена только во время операции.

Подготовка органов и систем гомеостаза должна быть комплексной и включать следующие мероприятия:

- улучшение сосудистой деятельности, коррекцию нарушений микроциркуляции с помощью сердечно-сосудистых средств, препаратов, улучшающих микроциркуляцию (реополиглюкин, плазма, кровь);

- борьбу с дыхательной недостаточностью( оксигенотерапия, нормализация кровообращения, в крайних случаях- управляемая вентиляция легких);

- дезинтоксикационную терапию- введение жидкости, кровезамещающих растворов дезинтоксикационного действия, форсированный диурез, применение специальных методов детоксикации-гемосорбции, лимфосорбции, плазмафареза, оксигенотерапии);

- коррекцию нарушений в системе гомеостаза;

При выявлении того или иного вида гиповолемии, кислотно-основного состояния определяют срочность комплексной трансфузионной терапии направленной на устранение нарушений с помощью средств, восстанавливающих ОЦК, устраняющих дегидротацию, нормализующих кислотно-основное состояние и электролитный баланс.

При подготовке к операции надо учитывать и сопутствующие заболевания.

Предоперационная подготовка пациентов с диффузными дистрофическими изменениями миокарда должна включать в себя оксигенотерапию, витаминотерапию, коррекцию метаболических процессов в миокарде, гормонотерапию (анаболические гормоны). Назначается высококалорийная диета, содержащая повышенное количество витаминов и белков, с уменьшением объема животных жиров, жидкостей, соли. Оксигенотерапию рекомендуется проводить в кислородной палатке. Наилучшие результаты дает вдыхание газовой смеси, содержащей от 30 до 45% кислорода, в течении дня от 4 до 8 раз. Оксигенотерапия приводит к ликвидации гипоксии миокарда, улучшает состояние сердечно-сосудистой системы.

Назначают витамины группы В, кокарбоксилазу( по 100 мг внутримышечно), витамин С, АТФ, а также ретаболил( по 50 мг 2 или 1 раз в неделю в/м) и неробол( по 10 мг внутрь), что способствует улучшению синтеза белков, ликвидации нарушений электролитного баланса.

При нарушении сердечного ритма (экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии) необходимо назначать препараты, содержащие калий( хлорид калия по 1 г 4-6 раз в сутки или панангин), рекомендуется в/в назначать смесь, содержащую 100мл 40% раствора глюкозы, 10мл раствора панангина, 10ЕД инсулина, 10мл 5% раствора витамина С, 100мг кокарбоксилазы. Благодаря назначению инсулина усиливаются окислительные процессы, улучшается сердечная деятельность, что способствует восстановлению нормального ритма сердца. При пароксизмальной тахикардии рекомендуется вводить сердечные гликозиды ( 0,5 % раствора строфантина в/в), изоптин( внутрь по 0,02г 3-4 раза в день), обзидан( по 10мг 2-3 раза в день), новокаинамид( 10мл 10% раствора в/в капельно).

Для ликвидации гипоксии назначают 0,1% раствор нитрата стрихнина. Его введение начинают с 0,4мл подкожно, прибавляя ежедневно по 0,2мл до 1мл и продолжают вводить по 1мл подкожно в течении 7 дней до операции. Нитрат стрихнина можно сочетать с в/в введением 40% глюкозы.

Предоперационная подготовка больных ишемической болезнью сердца (со стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом), кроме вышесказанного, включает в себя назначение постельного режима: при болевом синдроме(боли в области сердца) необходимо применять быстро действующие нитраты( нитроглицерин по 0,5мг в таблетках под язык), а позднее-длительно действующие нитраты( сустак, эринит, нитросорбит).

Хорошего эффекта достигают назначением спазмолитиков в сочетании с анальгетиками. При сильных болях в области сердца вводят 1мл 2% раствора промедола с 0,5мл 0,1% раствора атропина сульфата подкожно, по 2мл 2% раствора но-шпы в/м.

Учитывая эмоциональную лабильность пациентов, следует назначать и седативные препараты.

Предоперационная подготовка больных с сопутствующей гипертонической болезнью начинается с первых же дней поступления в стационар, так как именно в эти дни чаще всего отмечено возникновение гипертонических кризов.

Гипотензивную терапию под контролем артериального давления для стабилизации его показателей, после чего препараты продолжают давать в поддерживающих дозах. Обычно назначают гипотензивный препарат, который до госпитализации был наиболее эффективным у данного пациента. Используют различные гипотензивные препараты и их сочетания( дибазол, гемитон, раунатин, резерпин и др.) в дозировке соответственно стадии заболевания.

Предоперационная подготовка при поражении органов дыхания. В предоперационной подготовке при заболеваниях органов дыхания основные мероприятия должны быть направлены на улучшение функций внешнего дыхания, на уменьшение воспалительного процесса или его ликвидацию, а также на уменьшение интоксикации.

В лечении дыхательной недостаточности особое место уделяется оксигенотерапии и дыхательной гимнастике. В комплекс дыхательных упражнений включается: а) упражнения на общее расслабление; б) специальные упражнения для дыхания (движение ребер вверх, расширение боковых отделов грудной клетки и дыхательные движения диафрагмы); в) контролирование дыхания и физической нагрузки.

Медикаментозная подготовка, направленная на улучшение функций дыхания, включает в себя назначение отхаркивающих средств и бронхолитиков.

При обострении хронического бронхита назначают отхаркивающие микстуры с термопсисом и иодидом калия. Эффективны ингаляции раствора протеолитического фермента трипсина, который можно вводить в/м

(0,005г трипсина растворяют в 2-3мл изотонического раствора и вводят 1 раз в день на протяжении 15-20 дней).

При бронхиальной астме, кроме бронхолитиков, для улучшения функций дыхания назначают десенсибилизирующие препараты ( супрастин, димедрол по 0,05г 3 раза в день), ингаляции алупента.

Для ликвидации или уменьшения воспалительного процесса в легких назначаются антибиотики.

Для уменьшения интоксикации организма при нагноительных легочных заболеваниях (абсцессы легких и бронхоэктатическая болезнь) наиболее эффективна санация. При этом производится отсасывание мокроты с последующим промыванием бронха и введением в его просвет растворов антибиотиков. Дезинтоксикационная терапия предусматривает парентеральное введение большого количества жидкости( кровь, кровезаменители, плазма, гидролизаты, физиологический раствор с добавлением кардиотонических препаратов).

Предоперационная подготовка при заболеваниях мочеполовой системы.

Для улучшения функций почек в первую очередь назначают диету с ограничением жидкости, соли, животных белков (стол №7), что способствует уменьшению отеков. Для увеличения диуреза применяют мочегонные средства (фуросемид, урегит, гипотиазид). Для борьбы с инфекцией санируют полость рта. Используют антибактериальные средства.

Предоперационная подготовка пациентов сахарным диабетом.

При небольших хирургических вмешательствах у пациентов компенсированными формами заболевания необходимости в изменении обычного режима лечения, как правило, нет. При декомпенсации перед операцией необходимо корригировать процессы обмена и инсулинотерапию. При подготовке к плановой операции большого объема необходимо добиться полной компенсации диабета.

В день операции пациентам компенсированными формами заболевания следует ввести лишь половину необходимой дозы инсулина. Пациентов, получающих пероральные противодиабетические препараты (за исключением тех, кому предстоит небольшая по объему операция), надо перевести на лечение инсулином.

При лечении пациентов сахарным диабетом надо стремиться к созданию спокойной обстановки, т.к. неблагоприятные психологические ситуации могут приводить к декомпенсации диабета. При особых, травмирующих психологических ситуациях применяются транквилизаторы.

У пациентов больных диабетом повышенная потребность в аскорбиновой кислоте и витаминах комплекса В.

**Специальная предоперационная подготовка**

Операции на брюшной стенке и органах брюшной полости проводится в соответствии с заболеванием и определяется локализацией процесса и состоянием пациента.

- Операции по поводу грыж специальной подготовки требуют пациенты с длительно существующими большими грыжами, у которых в грыжевой мешок входят брюшные органы. В порядке подготовки, в течении нескольких дней их тренируют- укладывают в кровать с опущенным головным концом и после вправления внутренностей на область грыжевых ворот кладут груз- обернутый полотенцем клеенчатый мешок с песком, приучая организм к повышению внутрибрюшного давления. Большое значение имеет очищение кишечника слабительными, клизмами и соответствующая диета, т.к. после таких вмешательств иногда возникает парез кишечника.

- Операции на желудке- подготовка определяется общим состоянием , характером заболевания, кислотностью желудочного. Перед операцией пациента переводят на диету, создающую минимум шлаков. При сниженной кислотности назначают желудочный сок или хлористоводородную кислоту с пепсином. При повышенной кислотности дают ощелачивающие препараты, водно-солевые растворы. При нарушении эвакуации из желудка в связи с опухолью, воспалительным или рубцовым процессом особое значение приобретает промывание желудка перед сном слабым , теплым раствором хлористоводородной кислоты или соды( в зависимости от кислотности) до чистых промывных вод. При стенозе рано утром в день операции из желудка зондом удаляют содержимое.

Операции на желчных путях и печени- при нарушении функций печени назначают без жировую диету, витамины, глюкозу и инсулин. При обтурационной желтухе из- за дефицита витамина К возникает склонность к кровотечениям, поэтому при подготовке к операции назначают викасол, хлорид кальция; кровь и плазму переливают порциями.

- Операции на кишечнике основной целью подготовки к операции является освобождение кишечника от каловых масс, подавление кишечной микрофлоры в целях профилактики инфицирования и недостаточности швов. Строгую диету проводят 3-4 дня: жидкая, полужидкая, высококалорийная с минимум шлаков пища. Голодать не следует. В течении 2-3 дней внутрь сульфат магния, утром и вечером ставят клизмы, назначают антибактериальную терапию, влияющие на кишечную флору. При анемии, истощении, обезвоживании переливают кровь, белковые препараты и растворы электролитов.

- Операции на прямой кишке и в области заднего прохода- при подготовке тщательно очищают кишечник. Рано утром перед операцией ставят очистительную клизму, причем после опорожнения вводят в ампулу прямой кишки толстую резиновую трубку для выведения промывных вод. Особенно тщательно делают туалет промежности. Иногда в предоперационную подготовку входят ванны для промежности (в воду добавляют перманганат калия до получения розового цвета).

Операции на молочной железе- требуют общей подготовки и тщательного бритья подмышечной впадины.

Перед операцией на пищеводе- по поводу непроходимости- основная подготовка заключается в борьбе с истощением, обезвоживанием, нарушением всех видов обмена и малокровием с помощью парентерального питания, гемотрансфузии, назначения витаминов, глюкозы, тонизирующих и антианемических средств.

Иногда перед радикальной операцией, чтобы наладить питание, накладывают желудочный свищ. В некоторых случаях удается уменьшить нарушение глотания назначением атропина, анестезина, раствора новокаина (внутрь).

Операции на конечностях - подготовка заключается в основном в оздоровлении, очищении кожи.

Операции на щитовидной железе- пациенты с тиреотоксическим зобом крайне неуравновешенны, раздражительны, их нервно-психическая и сердечно-сосудистая система весьма неустойчива. В тяжелых случаях показан постельный режим. Для нормализации сна, снятия возбуждения и эмоционального напряжения применяют бромид, валериану, аминазин, седуксен, димедрол, пипольфен. В целях уменьшения тиреотоксикоза дают препараты ,тормозящие функцию щитовидной железы( мерказолил, дийодтирозин), раствор Люголя. После операции существует опасность возникновения надпочечной недостаточности, в связи с чем за 1-2 дня до операции вводят гидрокортизон.

**Профилактика эндогенных инфекций**

Необходимо выяснить, нет ли у пациента хронических воспалительных заболеваний (воспаления зубов, хронический тонзиллит, фарингит, гнойничковые заболевания кожи), и провести санацию очагов хронической инфекции. Если операция выполняется по относительным показаниям, больной может быть выписан для лечения хронических заболеваний.

Накануне операции пациента осматривают анестезиолог и в соответствии с предполагаемым методом обезболивания назначают премедикацию.

**Предварительная подготовка операционного поля**

Накануне операции делают очистительную клизму, пациент принимает гигиеническую ванну или душ, затем ему меняют нательное и постельное белье.

В день операции широко сбривают волосы с будущего операционного поля (сухим способом) и его окружности с учетом возможного расширения доступа (так, при брюшнополостных операциях бреют лобок, при паховом грыжесечении- промежность, бедро и т.д). Накануне операции проводить эту манипуляцию не следует. Перед бритьем кожу протирают дезинфицирующим раствором и дают ей подсохнуть, а после протирают спиртом. Все движения – протирание кожи, сбривания волос – должны проводиться в направлении от раны, чтобы уменьшить степень ее загрязнения.

Операцию проводят натощак. Утром зубные протезы вынимают, заворачивают в марлю и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы надевают или косынку, или одноразовую шапочку. Рекомендуется снять помаду с губ пациентки, лак с ногтей ( это мешает наблюдению). Обязательно опорожняют мочевой пузырь. После делается премедикация

**Транспортировка больного в операционную**

Пациента доставляют в операционную на каталке в сопровождении сестры. Рекомендуется снять помаду с губ пациентки, лак с ногтей (это мешает наблюдению)

В экстренных случаях продолжают вливания тех или иных лекарственных растворов, с помощью интубационной трубки (если была интубация трахеи) одновременно проводят ИВЛ.

Если у пациента было наружное кровотечение и наложен жгут, то его транспортируют в операционную со жгутом, который снимают во время операции или непосредственно перед ней. Точно так же при открытых переломах пациента доставляют в операционную с повязкой, наложенной на рану, и с транспортной шиной.

Экстренные операции вынуждают максимально сократить подготовку, проводить лишь необходимую санитарную обработку, продезинфицировать и побрить операционное поле. Надо определить группу крови, резус-фактор, измерить температуру тела. Из переполненного желудка удаляют содержимое, иногда делают клизму.

С каталки пациента осторожно перемещают на операционный стол и укладывают в положение, необходимое для выполнения операции.

**Предоперационная подготовка пожилых людей**

Пожилые люди тяжелее переносят операцию, проявляют повышенную чувствительность к некоторым лекарственным веществам, склонны к различным осложнениям в связи с возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями. Подавленность, замкнутость, обидчивость - отражают ранимость психики этой категории пациентов. Особое значение имеет дыхательная гимнастика. Атония кишечника и сопутствующие ей запоры требуют соответствующей диеты, назначения слабительных. У пожилых мужчин часто встречается гипертрофия предстательной железы с затруднением мочеиспускания, в связи с чем, по показаниям выводят мочу катетером. Из-за слабой терморегуляции следует назначать теплый душ; температура воды в ванне доводят только до 37 С. После ванны их тщательно вытирают и тепло одевают. Пожилых больных нельзя оставлять в ванной комнате без присмотра. На ночь дают половину дозы снотворных из группы барбитуратов, дополняя их успокаивающими и антигистаминными препаратами (бромиды, димедрол). При премедикации морфин, угнетающий дыхательный центр, заменяют пантопоном или промедолом.

**Осуществление сестринского процесса в предоперационном периоде**

1ЭТАП. Обследование пациента

Сбор субъективных данных.

Если пациент не в состоянии отвечать на вопросы, то медсестра может проинтервьюировать его родственников. Алгоритм действий мед сестры:

а) Прежде всего, медсестра определяет наличие боли, дискомфорта или изменений функций органов у пациента в связи с наличием заболевания. Это необходимо для идентификации дискомфорта. Если пациент испытывает неудобства, медсестра должна по возможности их устранить для продолжения расспроса, с тем, чтобы пациент мог в полной мере участвовать в диалоге.

б) С целью определения информированности пациента о своем заболевании, медсестра расспрашивает его о причине хирургического вмешательства, о длительности существования заболевания.

в) Медсестра расспрашивает пациента о наличии других, не связанных с хирургическим заболеванием, проблем со здоровьем и перенесенных заболеваниях. Это позволяет уточнить историю болезни и в последующем более корректно составить план сестринского ухода.

-Медсестра уточняет, когда и какие хирургические болезни пациент перенес в прошлом, наличие осложнений и других проблем, связанных с предыдущими хирургическими вмешательствами. Это необходимо для уточнения хирургического анамнеза, а также ориентирует медсестру на потенциальные проблемы пациента.

- Медсестра тщательно собирает аллергологический анамнез, т.к. пищевые и медикаментозные аллергены могут ухудшить исход хирургического вмешательства.

- М/с уточняет, какие лекарственные препараты принимает пациент, включая аспирин, оральные контрацептивы и другие лекарственные средства, отпускаемые без рецепта. Это идентифицирует потребность в дальнейшей лекарственной терапии и возможные осложнения во время операции (при даче анестезиологического пособия) и послеоперационного периода.

- М/с выясняет у пациента, принимает ли он лекарственные вещества с целью решения проблем, не связанных с лечением заболеваний. Это предупреждает м/с о возможности лекарственной зависимости и возможных осложнениях и проблемах, связанных с аналгезией.

-М/с расспрашивает о питании, характере пищи, калорийности, качестве и количестве пищи, о пищевых привычках и пристрастиях, уточняет, находится ли пациент на специальной диете и с какой целью, а так же иные моменты, связанные с религиозными, социальными и культуральными особенностями приема пищи конкретным человеком. Целью является облегчение адаптации пациента к условиям стационара, определение для пациента и членов его семьи приемлемых и предпочтительных продуктов для употребления в связи с наличием того или иного заболевания. Может потребоваться консультация диетолога.

-М/с расспрашивает пациента о курении, и если пациент курит, то какое количество сигарет в день. Уточняет анамнез курения. Эта информация необходима для идентификации риска развития респираторных осложнений. Кроме того, заядлым курильщикам предстоят дополнительные диагностические процедуры.

- Медсестра расспрашивает пациента о приеме алкоголя, о его частоте и количестве. Это делается для выявления возможных заболеваниях печени, в случае алкоголизма.

- М/с отмечает наличие протезов: протезов конечностей, зубных протезов, контактных линз, т.к. перед операцией их необходимо снять.

- М/с отмечает все имеющиеся дисфункции ( мышечная слабость, потеря слуха, снижение остроты зрения). Это делается для идентификации существующих проблем и уточнения плана ухода и обучения пациента.

- М/с просит пациента рассказать о том, как он понимает хирургическое вмешательство, тем самым, выявляя ключевые моменты для обсуждения во время обучения. Неправильная информация должна быть скорригирована, неполная- дополнена

-М/с расспрашивает пациента о его взаимоотношениях с родственниками (партнер, родители, дети, другие родственники). Идентификация тех, кто может быть включен в процесс обучения, а также к кому обращаться в экстренном случае.

- М/с уточняет, с кем пациент проживает дома. Идентификация человека, который может оказать поддержку в послеоперационном периоде.

-М/с предлагает пациенту встретится с адвокатом и уладить возможные юридические проблемы, а также осуществить волеизъявление.

- Медсестра выясняет у пациента религиозную конфессию, к которой он, возможно, принадлежит. Идентификация еще одного возможного источника поддержки. Целесообразно узнать о желании пациента встретиться со священником. В случае высказывания такого пожелания м/с связывается с религиозной организацией и организует такую встречу.

При сборе объективных данных:

- М/с выявляет симптомы возможной тревожности пациента, исследует, насколько он ориентируется в окружающей обстановке, тем самым устанавливая уровень сознания.

- М/с следит за тем, как говорит пациент ( наличие/ отсутствие внятной речи и заикания). Она должна убедиться, что он способен на вербальное выражение своих чувств.

- М/с устанавливает у пациента возможность реагировать на вопросы, заданные нормальным тоном голоса. Идентификация нормального слуха. В случае нарушений слуха придется использовать альтернативные методики обучения.

- М/с устанавливает у пациента возможность реагировать на вопросы, когда лица спрашивающего он не видит. Идентификация потери слуха, скомпенсированной умением читать по губам.

- М/с устанавливает у пациента возможность реагировать на жесты. Установление степени остроты зрения.

- М/с отмечает готовность пациента к обучению. Это необходимо для успешного обучения.

- С целью установления базовых параметров для дальнейшего сравнения м/с измеряет и регистрирует витальные функции пациента. В случае повышения температуры необходимо поставить об этом в известность хирурга. Речь идет о возможном наличии инфекции и возрастании риска хирургического вмешательства.

- М/с измеряет и документирует антропометрические показатели с целью установления базовых параметров для дальнейшего сравнения.

- М/с отмечает возможные нарушения моторной деятельности ( мышечная слабость, параличи и парезы, невозможность самостоятельно передвигаться). Это важная информация для плана сестринского ухода и постоперативного обследования.

- М/с выявляет мрачные предчувствия, неуверенность, страх, беспокойство, что проявляется нервозностью, паникой, тревожностью, напряжением лицевой мускулатуры и мускулатуры тела, тремором конечностей, учащением дыхания. Медсестра отмечает у пациента поведенческие реакции, указывающие на уровень тревожности: постукивание пальцами по столу, курение сигарет, стереотипные движения, заикание или быстрая речь.

2 ЭТАП. Установление проблем пациента и формулирование сестринского диагноза

Если пациент не может говорить внятно, заикается или демонстрирует трудности с вербальным выражением своих чувств, то сестринский диагноз будет звучать – нарушенная вербальная коммуникация.

Если у пациента имеется нарушения слуха или остроты зрения, то сестринский диагноз- изменение восприятия: зрительногоили слухового.

Если пациент имеет спутанное сознание, дезориентирован или находится в коме, то сестринский диагноз – измененные мыслительные процессы.

Если пациент демонстрирует мрачные предчувствия, неуверенность, страх или беспокойство, или у него отмечается возбужденность, повышенная потливость, тремор конечностей или дрожь; если он неуверенно оглядывается вокруг, то сестринский диагноз- тревога, имеющая отношение к хирургическому вмешательству или связанная с дефицитом знаний.

Если пациент имеет проблемы, препятствующие адекватному самообслуживанию, то сестринский диагноз будет звучать как беспомощность.

3 ЭТАП. Планирование сестринской помощи

Идентификация ожидаемых результатов следующая:

- Пациент понимает причины вмешательства, процедуру и ожидаемые исходы хирургического вмешательства;

- пациент способен совладать с чувством тревожности, что подтверждается субъективным ощущением комфорта, уменьшением/ исчезновением деструктивных механизмов совладания со стрессом и возможностью самостоятельно спать без ночных пробуждений и иных нарушений сна;

- пациент понимает необходимость послеоперационной дыхательной физиотерапии и упражнений ЛФК, что подтверждается возможностью рассказать об этом;

- пациент в состоянии продемонстрировать дыхательные упражнения и упражнения ЛФК;

- кожные покровы пациента подвергались гигиенической обработке не ранее чем за 12 часов до хирургического вмешательства или иначе, согласно внутренним инструкциям стационара или особенностям операции;

-пациент выдерживает предписанное голодание и ограничение жидкости в течении последних 8 часов перед операцией;

-пациент получил необходимую премедикацию в назначенное врачом время;

- пациент получил все необходимые медикаменты, и были проведены все предоперационные исследования, назначенные врачом, что подтверждается соответствующими записями в истории болезни;

- пациент или лица его заменяющие дали письменное информированное согласие на вмешательство.

4 ЭТАП. Осуществление плана сестринских вмешательств

1. Обучение пациента и членов его семьи.

2 Подготовка пациента накануне операции ( если пациент госпитализирован в плановом порядке или операция не является экстренной)

а) С целью согласования и утверждения плана предоперационной подготовки м/с должна проконсультироваться с лечащим врачом и получить необходимые назначения.

б) М/с согласовывает с пациентом удобное для него время предоперационных процедур.

в) М/с предлагает пациенту провести время с близкими для упорядочивания межличностных отношений и получения психологической поддержки. Это также может послужить возможному снижению тревожности.

г) После окончания свидания м/с проделывает все необходимые приготовления, согласно плану подготовки: сверяется с листом назначений перед каждой процедурой, подготавливает кишечник, подготавливает операционное поле.

д) М/с поощеряет высказывания пациента о предстоящей операции. Это помогает снизить тревожность.

е) М/с должна дополнительно уточнить объем знаний пациента о предстоящей операции; спросить имеет ли он какие то вопросы, и при необходимости ответить на них.

ж) С целью создания и поддержания психотерапевтической среды м/с демонстрирует эмпатию и чувство поддержки при всех проявлениях тревожности или страха у пациента.

з) Медсестра контролирует проведение гигиенических процедур и при необходимости помогает пациенту.

и) М/с постоянно контролирует возможное нарастание уровня тревожности.

к) М/с выполняет все медикаментозные назначения в соответствующее время, согласно плану предоперационной подготовки.

л) М/с должна создать комфортную обстановку в палате, согласно лечебно-охранительному режиму отделения, с тем чтобы способствовать отдыху и релаксации пациента.

3. Подготовка операционного поля.

4. Подготовка пациента непосредственно перед операцией.

5. Транспортировка пациента в операционную.

5 ЭТАП. Оценка эффективности.

Установить путем дополнительного обследования, были ли достигнуты ожидаемые результаты:

- возможность пациента правильно объяснить причины хирургического вмешательства, его процедуру и ожидаемые исходы,

- пребывание пациента в состоянии определенного психологического комфорта; отсутствие деструктивных паттернов поведения, сохранение физиологической формулы сна, эффективный контроль предоперационной тревожности,

- возможность пациента правильно объяснить необходимость выполнения упражнений ЛФК,

- пациент правильно демонстрирует необходимые упражнения ЛФК,

- подтверждение пациентом и наблюдение м/с необходимого голодания (за 8 часов до операции),

- выполнение премедикации в назначенное врачом время,

- наличие в истории болезни всех результатов предоперационных лабораторных исследований и подтверждения всех лечебных мероприятий,

- наличие подписанного пациентом информированного согласия на операционное вмешательство.

**Заключение**

Значение Сестринского Процесса в хирургической практике

Сестринский Процесс:

а) Определяет конкретные потребности пациента в уходе как существующие на протяжении всего хирургического процесса, так и имеющие непосредственное отношение к предоперационному, операционному и послеоперационному периодам;

б) Способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода. В хирургии приоритетными проблемами будут являться проблемы безопасности (операционной, инфекционной, социокультурной, психологической); проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем (с обязательным изменением схемы тела ); проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью; проблемы, связанные с сохранением достоинства.

в) Прогнозирует последствия ухода, определяя сроки, тактику и возможную степень восстановления после операции;

г) Определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей конкретной хирургической патологии;

д) С его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства;

е) Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать. Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов и алгоритмов Сестриского вмешательства.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС используется для организации сестринской помощи (ухода), в результате чего пациент становится АКТИВНЫМ участником в индивидуализированном процессе собственного излечения.

**Список используемой литературы**

1. В.К. Гостищев. Общая хирургия
2. М.С. Архангельская-Левина. Основные этапы ведения хирургических больных
3. МЕДГИЗ 1953. Вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного периода.
4. Н.Б. Садикова. Современный справочник медицинской сестры.
5. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО Москва 1999г. ТОМ 2