ГОУ СПО «Сахалинский базовый медицинский колледж»

Отделение повышения квалификации

Контрольная работа №1 на тему:

«Подготовка пациента к операции. Ведение пациентов в послеоперационном периоде»

Медицинская сестра хирургического отделения

МБУЗ «Углегорская ЦРБ»

Октябрь 2012г.

Основная цель: повышение теоретических знаний и практических навыков медицинской сестры по подготовке пациентов к экстренной, срочной и плановой операции, умению произвести уход за пациентами в послеоперационном периоде.

Медицинская сестра должна знать:

* Систему организации стационарной помощи населению в ЛПУ
* Нормативные документы, определяющие основные задачи, функции, условия и порядок деятельности ЛПУ
* Организацию сестринского дела в структурных подразделениях ЛПУ
* Лечебно-охранительный режим
* Систему больничного инфекционного контроля и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала в ЛПУ
* Охрану труда и технику безопасности в ЛПУ
* Организацию периоперативного сестринского ухода
* Организацию восстановительного лечения и реабилитации пациентов в условиях ЛПУ
* Основы рационального и сбалансированного питания, основы лечебного и диагностического питания в ЛПУ
* Основные учетные формы медицинской документации в ЛПУ.

Медицинская сестра должна уметь:

* Осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами.
* Выполнять требования техники безопасности и охраны труда в отделении.
* Обеспечить инфекционную безопасность пациента и медицинского персонала при выполнении манипуляций и уходе за пациентами.
* Выполнять профилактические, лечебные, диагностические мероприятия, назначаемые врачами.
* Владеть техникой подготовки к диагностическим исследованиям.
* Владеть техникой подготовки пациента к экстренной и плановой операциям.
* Владеть техникой сестринских манипуляций.
* Проводить санитарно-просветительскую работу среди пациентов и их родственников.
* Оказать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях.
* Проводить санитарную обработку пациента, поступающего в отделение.
* Приготовить дезинфицирующие растворы заданной концентрации.
* Провести дезинфекцию предметов ухода за пациентом.
* Проводить дезинфекцию, предстерилизационную очистку изделий медицинского назначения.
* Укладывать в биксы перевязочный материал, хирургическое белье.
* Пользоваться стерильным биксом.
* Обеззараживать руки.
* Организовать и контролировать проведение дезинфекционных мероприятий в случае необходимости.
* В случае аварийной ситуации (порез, прокол кожных покровов и т.д.) при проведении сестринских манипуляций провести мероприятия по профилактике профессионального заражения.
* Осуществлять контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации.

Подготовка пациента к плановой операции. Предоперационный период

Предоперационным называется период с момента поступления больного в хирургическое отделение для проведения операции до момента ее выполнения. Цель предоперационной подготовки больного состоит в снижении риска развития интра- и послеоперационных осложнений. Предоперационный период делится на два этапа: диагностический и подготовительный. Окончательная постановка диагноза - задача врача. Именно диагноз решает вопрос о срочности операции. Но сестринские наблюдения за состоянием больного, его изменениями и отклонениями могут скорректировать решение врача. Если выясняется, что больному необходима экстренная операция, то подготовительный этап начинается сразу же после постановки диагноза и длится от нескольких минут до 1-2 часов.

Основными показаниями к экстренному оперативному вмешательству являются кровотечение любой этиологии и острые заболевания воспалительного характера.

В случае если нет необходимости в экстренной операции, делают соответствующую запись в истории болезни и назначают плановое оперативное лечение.

Сестра должна знать абсолютные и относительные показания к оперативному вмешательству, как в экстренной, так и в плановой хирургии.

Абсолютными показаниями к операции являются заболевания и состояния, которые представляют угрозу для жизни больного и могут быть ликвидированы только хирургическими методами.

Абсолютные показания, по которым выполняются экстренные операции, иначе называются жизненными. К этой группе показаний относится: асфиксия, кровотечение любой этиологии, острые заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа), острые гнойные хирургические заболевания.

Абсолютными показаниями к плановой операции являются следующие заболевания: злокачественные новообразования (рак легкого, рак желудка, рак молочной железы и пр.), стеноз пищевода, механическая желтуха и др.

Относительными показаниями к операции являются две группы заболеваний:

1. Заболевания, которые могут быть излечены только хирургическим методом, но не представляющие непосредственной опасности для жизни больного (варикозное расширение вен нижних конечностей, неущемленные грыжи живота, доброкачественные опухоли, желчнокаменная болезнь и др.).
2. Заболевания, лечение которых может осуществиться как хирургически, так и консервативно (ишемическая болезнь сердца, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). В этом случае выбор делают на основании дополнительных данных с учетом возможной эффективности различных методов у конкретного больного.

Разновидностью плановых являются срочные операции. Их отличает то, что хирургическое вмешательство нельзя откладывать на значительный срок. Срочные операции обычно выполняются через 1-7 суток от момента поступления или постановки диагноза. Так, например, больной с остановившимся желудочным кровотечением может быть оперирован на следующие сутки после поступления в связи с опасностью возникновения рецидива кровотечения. К срочным операциям относятся операции по поводу злокачественных новообразований (обычно в течение 5-7 дней от поступления после необходимого обследования). Длительное откладывание этих операций может привести к тому, что будет невозможно осуществить полноценную операцию из-за прогрессирования процесса (появление метастазов, прорастание опухолью жизненно-важных органов и др.).

После постановки основного диагноза проводится обследование всех жизненно важных систем, которое проводится в три этапа: предварительная оценка, проведение стандартного минимума, дополнительное обследование.

Предварительная оценка проводится врачом и анестезиологом на основании сбора жалоб, опроса по органам и системам и данных физикального обследования пациента.

Собирая анамнез, важно выяснить, подвержен ли больной аллергии, какие он принимал лекарства (особенно это касается кортикостероидных гормонов, антибиотиков, антикоагулянтов, барбитуратов). Эти моменты иногда легче выявляются сестрой в процессе наблюдения за больным и контакта с ним, чем при прямом его опросе.

Сестринские вмешательства при подготовке пациента к операции

Стандартный минимум обследования включает в себя: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, трансаминазы, креатинин, сахар), время свертывания крови, группа крови и резус-фактор, общий анализ мочи, флюорография грудной клетки (давность не более 1 года), заключение стоматолога о санации ротовой полости, электрокардиография, осмотр терапевта, для женщин - осмотр гинеколога.

В задачи медсестры входит подготовка пациента к тому или иному виду анализа и дополнительное наблюдение за его состоянием.

Если выявляется какое-нибудь сопутствующее заболевание, проводится дополнительное обследование с целью точной постановки диагноза.

Подготовительный этап осуществляется совместными усилиями врача и сестры. Он проводится с учетом ориентации на отдельные органы и системы организма.

Нервная система. Нервную систему хирургических больных значительно травмируют боль и нарушение сна, борьба с которыми при помощи различных медикаментозных средств очень важна в предоперационный период.

Важно помнить, что «психологическая премедикация» наряду с фармакологическими средствами, способствующими стабилизации психического состояния пациента, способствуют уменьшению числа послеоперационных осложнений и облегчают анестезию во время операции.

Сердечно-сосудистая и кроветворная система требуют повышенного внимания. Если деятельность сердечно-сосудистой системы нарушена, назначают мероприятия по ее улучшению. Больным с острой анемией делают переливания крови перед, во время и после операции.

Для профилактики осложнений со стороны дыхательной системы необходимо заранее научить больного правильному дыханию (глубокий вдох и длительный выдох через рот) и откашливанию, чтобы предупредить задержку секрета и застоя в дыхательных путях. С этой же целью накануне операции иногда ставят банки.

Желудочно-кишечный тракт. При заполненном желудке после введения в наркоз содержимое из него может начать пассивно вытекать в пищевод, глотку, ротовую полость (регургитация), а оттуда с дыханьем попасть в гортань, трахею и бронхиальное дерево (аспирация). Аспирация может привести к асфиксии - закупорке воздухоносных путей, которая может привести к гибели пациента или тяжелейшему осложнению - аспирационной пневмонии.

Для профилактики аспирации сестра должна объяснить больному, чтобы в день плановой операции он с утра ничего не ел и не пил, а накануне съел не очень плотный ужин в 5 - 6 часов вечера.

Перед плановой операцией сестра делает больному очистительную клизму. Это делается, чтобы при расслаблении мускулатуры на операционном столе не произошла произвольная дефекация.

Непосредственно перед операцией нужно позаботиться об опорожнении больным мочевого пузыря. Для этого в подавляющем большинстве случаев нужно дать больному помочиться. Необходимость в катетеризации мочевого пузыря возникает редко. Она бывает необходима, если состояние больного тяжелое, он без сознания, или при выполнении особых видов оперативных Кожа. Накануне операции необходимо обеспечить предварительную подготовку операционного поля. Это мероприятие проводится как один из способов профилактики контактной инфекции. Вечером накануне операции больной должен принять душ или вымыться в ванной, надеть чистое белье, кроме этого осуществляется смена постельного белья. Утром в день операции сестра сухим способом сбривает волосяной покров в зоне предстоящей операции. Это мероприятие необходимо, поскольку наличие волос рачительно затрудняет обработку кожи антисептиками и может способствовать развитию послеоперационных инфекционных осложнений. Брить следует именно в день операции, а не раньше, так как в области образующихся при бритье мелких повреждений кожи может развиться инфекция. При подготовке к экстренной операции обычно ограничиваются бритьем волосяного покрова только в зоне операции.

Психологическая подготовка пациента к операции

При правильном проведении психологической подготовки снижается уровень тревожности, послеоперационная боль и частота послеоперационных осложнений. Сестра проверяет, подписано ли согласие на операцию пациентом. При экстренной операции согласие могут дать родственники.

Тяжелый травмирующий эффект оказывают мучительные переживания больного по поводу предстоящей операции. Больной может бояться очень многого: самой операции и связанных с ней страданий, боли. Он может опасаться за исход операции и ее последствия.

В любом случае именно сестра, в силу того, что она постоянно находится при больном, должна суметь выяснить специфику страха того или иного больного, определить, чего именно боится больной и насколько велик и глубок его страх.

Помимо слов больного о его опасениях можно узнать косвенно, через вегетативные признаки: потливость, дрожание, ускоренная сердечная деятельность, понос, частое мочеиспускание, бессонницу и пр.

Обо всех своих наблюдениях сестра сообщает лечащему врачу, она должна стать внимательной посредницей и с обеих сторон подготовить беседу больного с лечащим врачом о предстоящей операции, которая должна способствовать рассеиванию страхов. И врач, и сестра должны «заразить» больного своим оптимизмом, сделать его своим соратником в борьбе с болезнью и сложностями послеоперационного периода.

Предоперационная подготовка пожилых и старых людей

Пожилые люди тяжелее переносят операцию, проявляют повышенную чувствительность к некоторым лекарственным препаратам, склонны к различным осложнениям в связи с возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями. Подавленность, замкнутость, обидчивость отражают ранимость психики этой категории больных. Внимание к жалобам, доброта и терпение, пунктуальность в выполнении назначений благоприятствуют успокоению, вере в хороший исход. Особое значение имеет дыхательная гимнастика. Атония кишечника и сопутствующие ей запоры требуют соответствующей диеты, назначения слабительных. У пожилых мужчин часто встречается гипертрофия (аденома) предстательной железы с затруднением мочеиспускания, в связи с чем по показаниям выводят мочу катетером. Из-за слабой терморегуляции следует назначить теплый душ, а температуру воды в ванне доводят только до 37\*С. После ванны, больного тщательно вытирают и тепло одевают. На ночь по назначению врача дают снотворное.

Предоперационная подготовка детей

Как и у взрослых больных, суть дооперационной подготовки детей состоит в создании наилучших условий для хирургического вмешательства, однако возникающие при этом конкретные задачи и методы их решения имеют определенные особенности, которые выражены тем больше, чем меньше ребенок. Характер подготовки и ее продолжительность зависят от ряда факторов: возраста ребенка, срока поступления с момента заболевания (рождения), наличие сопутствующих заболеваний и осложнений и т.д. Учитывается также вид патологии и срочность операции (плановая, экстренная). При этом часть мероприятий является общей для всех болезней, другая же часть применима лишь при подготовке к определенным операциям и в определенных ситуациях. Медицинская сестра должна хорошо ориентироваться в возрастных особенностях подготовки и со знанием дела выполнять назначения врача.

Новорожденных и грудных детей оперируют чаще всего по экстренным и неотложным показаниям, обусловленным пороками развития внутренних органов. Основными задачи дооперационной подготовки является профилактика дыхательной недостаточности, переохлаждения, нарушения свертываемости крови и водно-солевого обмена, а также борьбы с этими состояниями.

Детей более старшего возраста оперируют как в плановом порядке, так и по экстренным показаниям. В первом случае проводят тщательное клиническое обследование. Большое внимание должно быть уделено щажению психики маленького ребенка. Дети часто проявляют признаки волнения, спрашивают, когда же будет операция, испытывают страх перед вмешательством. Нервно-психические срывы иногда связаны с манипуляцией, проводимой неожиданно, поэтому всегда необходимо кратко разъяснить ребенку характер предстоящей процедуры. Совершенно необходимо избегать устрашающих слов и выражений, действовать больше не окриком, а ласковым и ровным обращением. В противном случае медицинская сестра может свести на нет все усилия врача, стремящегося добиться доверия, спокойствия ребенка, которому назначена операция.

Психическая подготовка имеет большое значение для благоприятного исхода оперативного вмешательства и нормального течения послеоперационного периода.

Постановка очистительной клизмы

Очистительные клизмы применяются для механического опорожнения толстой кишки при:

1. запоре и задержке стула любого происхождения;
2. пищевых отравлениях;
3. подготовке к оперативным вмешательствам, родам, рентгенологическим исследованиям органов брюшной полости и малого таза, а также перед применением лекарственных, капельных и питательных клизм.

Противопоказания: кровотечение из пищеварительного тракта; острые воспалительные заболевания толстой и прямой кишки; злокачественные новообразования прямой кишки; первые дни после операции; трещины в области заднего прохода; выпадение прямой кишки; острый аппендицит, перитонит; массивные отеки.

Оснащение: система, состоящая из кружки Эсмарха, соединительной трубки длиной 1,5 м с вентилем или зажимом; штатив; стерильный ректальный наконечник, салфетки; вода температурой 20°С, в количестве 1,5-2 л; водяной термометр; вазелин; шпатель для смазывания наконечника вазелином; клеенка и пеленка; судно с клеенкой; таз; спецодежда: перчатки однократного применения, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.

Подготовка к процедуре.

1. Установить доверительные конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода предстоящей процедуры, убедиться, что нет противопоказаний.
3. Надеть халат, клеенчатый фартук, перчатки, сменную обувь. Спецодежда одевается медицинской сестрой в клизменной комнате.
4. Собрать систему, подсоединить к ней наконечник.
5. Налить в кружку Эсмарха 1,5 - 2 л воды.
6. Проверить температуру воды водяным термометром. Температура воды для постановки клизмы зависит от вида задержки стула: при атоническом запоре -12° - 20° С; при спастическом - 37° - 42° С; при запоре - 20° С.
7. Подвесить кружку Эсмарха на штатив на высоту одного метра от уровня пола (не выше 30 см над пациентом).
8. Смазать клизменный наконечник вазелином.
9. Заполнить систему. Открыть вентиль на системе, выпустить воздух, закрыть вентиль.
10. Уложить пациента на левый бок на кушетку или постель, ноги согнуть в коленях и слегка подвести к животу. Отвернуть одеяло так, чтобы были видны только ягодицы. Если пациента уложить на бок нельзя, клизму ставят в положении лежа на спине.

Подложить под ягодицы пациента клеенку, свисающую в таз и покрытую пеленкой.

Выполнение процедуры.

1. Развести ягодицы первым-вторым пальцами левой руки, а правой рукой осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку, затем параллельно позвоночнику до 8-10 см.
2. Открыть вентиль на системе, отрегулировать поступление жидкости в кишечник. Попросить пациента расслабиться и дышать животом. При жалобе на боль спастического характера, прекратить процедуру, пока боль не утихнет. Если боль не утихает, сообщить врачу.
3. Закрыть вентиль на системе после введения жидкости, осторожно извлечь наконечник, снять его с системы. Наконечник сразу поместить в раствор для дезинфекции.
4. Сменить перчатки. Использованные перчатки поместить в раствор для дезинфекции.
5. Предложить пациенту в течение 5-10 минут полежать на спине и удержать воду в кишечнике.

Завершение процедуры.

1. Сопроводить пациента в туалетную комнату или подать судно при появлении позывов на дефекацию. Обеспечить туалетной бумагой. Если пациент лежит на судне, то приподнять, по возможности, изголовье кровати на 45°-60°.
2. Убедиться, что процедура прошла эффективно. Если пациент лежит на судне – убрать судно на стул (скамейку), накрыть клеенкой. Осмотреть фекалии.
3. Разобрать системы. Поместить в емкость с дезинфицирующим раствором Подмыть пациента.
4. Сменить халат, перчатки, фартук. Перчатки и фартук поместить в емкости с дезинфицирующим раствором.
5. Провести дезинфекцию использованных предметов.

Санитарно-гигиеническая обработка пациента. Подготовка операционного поля

Накануне операции больной должен принять ванну или душ, а область, прилегающую к операционному полю, и само операционное поле тщательно выбрить утром в день операции. При поступлении тяжелобольного операционное поле бреет санитарка операционного блока. Подготовку операционного поля производят в предоперационной под руководством операционной сестры, незанятой в операции. Учитывая, что нередко во время операции приходится расширять разрез, волосы бреют далеко за пределами предполагаемого операционного поля. При операциях на волосистой части головы, как правило, сбривают все волосы. Исключение составляют небольшие раны мягких тканей и доброкачественные опухоли кожи, особенно у женщин. Перед операцией на органах брюшной полости бреют волосы на всей передней поверхности живота, включая лобок. При операциях на желудке, печени, селезенке у мужчин бреют волосы и на грудной клетке до уровня сосков. При локализации этого разреза ниже пупка бреют волосы на лобке и верхней части бедер.

У больных с паховыми грыжами и другими заболеваниями этой области бреют волосы в области половых органов и промежности. При операциях области заднего прохода бреют волосы в промежности и на половых органах, на внутренней поверхности бедер и ягодицах. При операциях на конечностях в операционное поле включают весь пораженный сегмент конечности. Перед операцией на коленном суставе бреют волосы, начиная с верхней трети бедра до середины голени. У больных с варикозным расширением вен выбривают волосы в соответствующей паховой области, на лобке, всей ноге. При операциях на молочной железе бреют волосы в подмышечной впадине. Если предполагается закончить операцию пересадкой кожи, волосы на местах, намеченных для взятия лоскута, следует выбрить тщательно и осторожно, чтобы не поцарапать кожу.

Премедикация

Премедикация - это применение лекарственных средств при подготовке больного к обшей или местной анестезии, для снятия психоэмоционального напряжения, а также уменьшения секреции слюны и слизи в дыхательных путях, подавления нежелательных вегетативных рефлексов (тахикардии, аритмии), усиления анальгезии и углубления сна на стадии вводной анестезии, уменьшения неприятных ощущений во время инъекции местного анестетика, снижения риска тошноты и рвоты в послеоперационном периоде, профилактики аспирации желудочного содержимого во время вводной анестезии.

При подготовке к местной анестезии следует уделить внимание пациенту. Объяснить ему о преимуществе местной анестезии. В беседе с пациентом необходимо убедить его, что операция будет проведена безболезненно, если пациент вовремя сообщит о появлении боли, которую можно прекратить, добавляя анестетик. Пациента надо тщательно осмотреть, особенно кожные покровы, где будет проводиться местная анестезия, так как при гнойничковых заболеваниях и раздражениях кожи проводить этот вид обезболивания нельзя. У пациента необходимо выяснить аллергические заболевания, особенно аллергию на анестетики. Перед анестезией измерить артериальное давление, температуру тела, подсчитать пульс. Перед премедикацией пациенту предложить опорожнить мочевой пузырь. За 20-30 минут до операции провести премедикацию: ввести 0,1% раствор атропина, 1% раствор промедола и 1% раствор димедрола по 1 мл внутримышечно в одном шприце. После премедикации больной должен находиться в сознании, быть сонным, спокойным и контактным. Подробная беседа, внушение и эмоциональная поддержка - неотъемлемые компоненты подготовки к операции. Дозы лекарственных средств зависят от возраста, веса, физического и психического статуса. Тяжелобольным и ослабленным, а также грудным детям и пожилым людям нужны меньшие дозы седативных средств и транквилизаторов. При психомоторном возбуждении, напротив, могут потребоваться более высокие дозы.

После проведенной премедикации нужно строго соблюдать постельный режим до окончания местной анестезии.

Правила подачи больного в операционную

После подготовки операционного поля санитарка операционного блока снимает с больного белье хирургического отделения и помогает переодеться в белье операционного блока. Персонал отделения, надев бахилы и марлевые маски, завозит каталку с больным в операционную. Если больной в сознании, активен, то он самостоятельно перебирается на операционный стол с каталки, если он находится в тяжелом состоянии, ему помогают сестра и санитарка. Больного необходимо уложить в нужное положение. Расположение или позиция пациента на операционном столе может быть различна, в зависимости от области, в которой будет находиться операционная рана, от характера операции, ее этапа, а также от состояния пациента.

Положение пациента на операционном столе

* На спине горизонтально - при операциях на лице, груди, органах брюшной полости, на мочевом пузыре, наружных мужских половых органах, конечностях.
* Положение на спине с головой, откинутой назад - при операциях на щитовидной железе, гортани.
* Положение на спине, валик на столе подложен под нижние ребра для лучшего доступа и осмотра органов верхнего отдела живота- при операциях на желчном пузыре, селезенке.
* Положение на боку (правом или левом)- при операциях на почках.
* Положение на спине с нижними конечностями, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах,- при проведении гинекологических операций и при операциях в области прямой кишки.
* Положение Тренделенбурга с опущенным головным концом стола- при операциях на органах малого таза.
* Положение с опущенным нижним концом стола, - при операциях на головном мозге.
* Положение лежа на животе- при операциях на затылочной области головы, на позвоночнике, крестцовой области.

Рентгенологические методы исследования

R-исследование желудка и 12перстной кишки.

Цель: диагностика заболеваний желудка и 12перстной кишки

Противопоказания: язвенные кровотечения

Алгоритм выполнения:

1. Объяснить пациенту ход и необходимость данной процедуры.
2. Объяснить, что подготовка не требуется
3. Предупредить больного, чтобы явился в рентген-кабинет в указанное врачом время.
4. В рентген-кабинете пациент принимает внутрь взвесь сульфата бария в количестве 150-200 мл.
5. Врач делает снимки

Ирригоскопия (исследование толстой кишки)

Цель исследования: диагностика заболеваний толстого кишечника.

Оснащение: 1,5л взвеси сульфата бария (36-37\*),система, состоящая из кружки Эсмарха, соединительной трубки длиной 1,5 м с вентилем или зажимом; штатив; стерильный ректальный наконечник, салфетки; вода температурой 20°С, в количестве 1,5-2 л; водяной термометр; вазелин; шпатель для смазывания наконечника вазелином; клеенка и пеленка; судно с клеенкой; таз; спецодежда: перчатки однократного применения, медицинский халат, клеенчатый фартук, сменная обувь.

Алгоритм выполнения:

1. Объяснить пациенту ход и необходимость данной процедуры.
2. Объяснить смысл предстоящей подготовки к исследованию :
* исключить из питания газообразующие продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые прдукты, черный хлеб);
* дать пациенту 30-60 мл касторового масла ыв 12-13часов дня накануне исследования;
* поставить 2 очистительных клизмы вечером накануне исследования и утром за 2часа до процедуры;
* утром в день исследования дать больному легкий белковый завтрак.
1. Проводить пациента в рентген-кабинет к назначенному времени.
2. Ввести с помощью клизмы взвесь сульфата бария до 1,5л приготовленного в рентген-кабинете.
3. Делается серия снимков.

Внутривенная экскреторная урография

Цель: диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Оснащение: шприцы одноразовые 20мл, 305 расвор тиосульфата натрия, все необходимое для очистительной клизмы, контрастное вещество (урографин или верографин-по назначению врача).

Алгоритм выполнения:

1. Обучить пациента и членов его семьи подготовке к исследованию
2. Указать, к каким последствиям приведет нарушение рекомендаций медицинской сестры
3. Исключить из питания газообразующие продукты в течение 3 дней до исследования.
4. Принимать при метеоризме по назначению врача активированный уголь.
5. Исключить прием пищи за 18-20 часов до исследования.
6. Обеспечить прием слабительного по назначению врача накануне перед обедом; ограничить прием жидкости со второй половины дня накануне исследования.
7. Поставить накануне исследования очистительную клизму и утром за 2 часа до исследования.
8. Не принимать пищу, лекарства, не курить, не делать инъекции и другие процедуры перед исследованием.
9. Освободить мочевой пузырь непосредственно перед процедурой.
10. Проводить пациента в рентген-кабинет.
11. Сделать обзорный снимок.
12. Ввести по назначению врача внутривенно медленно20-40-60 мл контрастного вещества.
13. Сделать серию снимков.

Подготовка пациента к эндоскопии

В настоящее время эндоскопические методы исследования используются как для диагностики, так и для лечения различных заболеваний. Современная эндоскопия играет особую роль в распознавании ранних стадий многих заболеваний, в особенности — [онкологических заболеваний](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) (рак) различных органов ([желудок](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D0%BA), [мочевой пузырь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D0%BF%D1%83%D0%B7%D1%8B%D1%80%D1%8C), [легкие](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D0%B5)).

Чаще всего эндоскопию сочетают с прицельной (под контролем зрения) [биопсией](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D0%BE%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%8F), лечебными мероприятиями (введение лекарств), зондированием.

Эндоскопия-метод визуального исследования полых органов с помощью оптико-механических осветительных приборов. К эндоскопическим методам относят:

* [Бронхоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — осмотр бронхов.
* [Гастроскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — осмотр желудка.
* [Гистероскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — осмотр полости матки.
* [Колоноскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — слизистой оболочки толстой кишки.
* [Кольпоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — входа во влагалище и влагалищных стенок.
* [Лапароскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — брюшной полости.
* [Отоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — наружного слухового прохода и барабанной перепонки.
* [Ректороманоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F)- прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки.
* [Уретероскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A3%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — мочеточника.
* [Холангиоскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — желчных протоков.
* [Цистоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — мочевого пузыря.
* [Эзофагогастродуоденоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — осмотр пищевода, полости желудка и двенадцатиперстной кишки.
* [Фистулоскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%83%D0%BB%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — исследование внутренних и наружных свищей.
* [Торакоскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — грудной полости.
* [Кардиоскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — полостей (камер) [сердца](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B5).
* [Ангиоскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — сосудов.
* [Артроскопия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F) — суставов.
* [Вентрикулоскопия](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) — желудочков мозга.

Подготовка пациента к фиброгастродуоденоскопии (ФГДС)

ФГДС- эндоскопическое исследование пищевода, желудка, 12-перстной кишки, с помощью гастроскопа. При данном исследовании гастроскоп вводиться через рот.

Цель: лечебная, диагностическая (выявление состояния слизистой оболочки исследуемых органов-воспаления, язвы, полипы, опухоли; проведение биопсии, введение лекарственных средств).

Показания: заболевания пищевода, желудка, 12-перстной кишки.

Последовательность действий:

1. Информировать пациента о цели и ходе процедуры, получить его согласие.
2. Накануне исследования последний прием пищи не позднее чем в 21ч (легкий ужин).
3. Исследование проводиться натощак ( не пить, не курить, не принимать лекарств).
4. Предупредить пациента о том, что во время исследования, он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну.
5. Взять с собой на исследование полотенце(для сплевывания слюны).
6. Если есть съемные зубные протезы, предупредить пациента о том, что их необходимо снять.
7. Объяснить пациенту о том, что непосредственно перед исследованием проводится анестезия зева и глотки (раствором Лидокаина или Дикаина) орошением из ингалятора.
8. Положение пациента лежа на левом боку.
9. После исследования не принимать пищу в течении 2 часов.

Подготовка пациента к ректороманоскопии (RRS)

RRS- эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки с помощью жесткого эндоскопа (ректоскопа). При данном исследовании ректоскоп вводится через анальное отверстие на 25-30 см.

Цель: лечебная, диагностическая (выявление состояния слизистой- воспаления, эрозии, кровоизлияния, опухоли, внутренний геморрой, получают мазки, проводят биопсию).

Показания: заболевания прямой и сигмовидной кишки.

Последовательность действий:

1. Информировать пациента о цели и ходе исследования, получить его согласие.
2. За три дня до исследования исключить из питания продукты способствующие газообразованию.
3. Вечером и утром накануне исследования - очистительная клизма до эффекта «чистых вод».
4. Накануне исследования в 12 часов дня пациент выпивает 60 мл 25% раствора сульфата бария.
5. Исследование проводится утром натощак.
6. Положение пациента во время исследования- лежа на левом боку с поднятыми к животу ногами.
7. Перед исследованием проводится анестезия области анального отверстия 3% дикаиновой мазью.

Подготовка пациента к цистоскопии

Цистоскопия- эндоскопическое исследование мочевого пузыря цистоскопом. При данном виде исследования цистоскоп вводят через мочеиспускательный канал.

Цель: лечебная, диагностическая(выявление состояния слизистой-изъязвления, папилломы, опухоли, наличие камней, определяют выделительную способность почек).

Показания: заболевания мочевыделительной системы.

Последовательность действий:

1. Информировать пациента о цели и ходе предстоящего исследования, получить его согласие.
2. Перед исследованием опорожнить мочевой пузырь.
3. Провести гигиенический туалет половых органов.
4. Положение пациента во время исследования на спине, с разведенными ногами, согнутыми в коленях, на урологическом кресле.
5. Наружное отверстие уретры обрабатвается стерильным раствором Фурациллина или Риванола.
6. При введении цистоскопа, наружное отверстие мочеиспускательного канала, обрабатывается анестетиками.
7. После исследования соблюдать постельный режим не менее двух часов.

Подготовка пациента к бронхоскопии

Бронхоскопия- эндоскопическое исследование бронхиального дерева с помощью бронхоскопа. При данном исследовании бронхоскоп вводится через рот.

Цель: лечебная, диагностическая( диагностика эрозий и язв слизистой оболочки бронхов, извлечение инородных тел, удаление полипов, лечение бронхоэктатической болезни, абсцессов легкого, введение лекарственных средств, извлечение мокроты, прведение биопсии).

Последовательность действий:

1. Информировать пациента о цели и ходе предстоящего исследования, получит его согласие.
2. Исследование проводится натощак. Не курить. Вечером по назначению врача ввести транквилизаторы.
3. Непосредственно перед исследованием опрожнить млчевой пузырь.
4. Непосредственно перед исследованием по назначению врача ввести подкожно 0,1% раствор Атропина 1,0 мл, 1% раствор Димедрола 1,0 мл.
5. Положение пациента во время исследования сидя или лежа с запрокинутой головой.
6. Перед введением бронхоскопа провести анестезию верхних дыхательных путей
7. После исследования не принимать пищу и не курит в течении 2 часов.

Обеспечение инфекционной безопасности пациента

После выписки каждого больного кровать, прикроватную тумбочку, подставку для подкладного судна протирают ветошью, обильно смоченной дезинфицирующим раствором. Кровать застилают постельными принадлежностями, прошедшими камерную обработку по режиму, для вегетативных форм микробов. По возможности соблюдают цикличность заполнения палат. Больному выдают индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют. После выписки больного предметы индивидуального ухода подвергают обеззараживанию. Категорически запрещают принимать в отделения хирургического профиля мягкие игрушки и другие предметы, не выдерживающие дезинфекционной обработки.

Больных с гнойно-септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями изолируют в отдельные палаты (секции, отделения гнойной хирургии). В этих палатах устанавливают ультрафиолетовые бактерицидные облучатели закрытого типа. В палатах для больных с гнойно-септическими заболеваниями, послеоперационными гнойными осложнениями персонал работает в халатах, масках и шапочках.

По окончании работы производят смену халатов, масок, тапочек. Самовольные передвижения больных из палаты в палату и выход в другие отделения категорически запрещают. Смену нательного и постельного белья производят не реже 1 раза в 7 дней (после гигиенического мытья). Кроме того, белье обязательно меняют в случае загрязнения. При смене нательного и постельного белья его аккуратно собирают в мешки из хлопчатобумажной ткани или емкости с крышкой. Категорически запрещают сбрасывать бывшее в употреблении белье на пол или в открытые приемники. Сортировку и разборку грязного белья производят в специально выделенном помещении вне отделения. После смены белья все предметы в палате и пол протирают дезинфицирующим раствором. Выписку больных производят в отдельном помещении (выписной). Тапочки и другую обувь после выписки или смерти больного протирают тампоном, смоченным 25% раствором формалина или 40% раствором уксусной кислоты до полного увлажнения внутренней поверхности. Затем обувь укладывают в полиэтиленовый пакет на 3 ч, после чего вынимают и проветривают в течение 10-12 ч до исчезновения запаха препарата. В отделении соблюдают порядок и чистоту. Уборку производят не реже 2 раз в день влажным способом, мыльно-содовым раствором. Дезинфицирующие средства используют после смены белья и в случае возникновения внутрибольничных инфекций. В палатах для больных с гнойно-септическими заболеваниями и послеоперационными гнойными осложнениями ежедневную уборку проводят с обязательным использованием дезинфектантов.

Особенности подготовки пациента к экстренной операции

Экстренные операции необходимы при травмах (повреждениях мягких тканей, переломах костей) и острой хирургической патологии (аппендиците, холецистите, осложненных язвах, ущемленных грыжах, кишечной непроходимости, перитоните).

Экстренные операции вынуждают максимально сократить подготовку, проведя лишь необходимую санитарную обработку, продезинфицировать и побрить операционное поле. Необходимо успеть определить группу крови, резус-фактор, измерить температуру. Из переполненного желудка удаляют содержимое, проводят зондирование желудка в тех случаях, когда пациент принимал пищу после 5-6 часов вечера накануне. Перед экстренными операциями делать клизмы не нужно, поскольку на это обычно нет времени, кроме того, для больных, находящихся в критическом состоянии, эта процедура может оказаться очень тяжелой. При экстренных операциях по поводу острых заболеваний органов брюшной полости постановка клизмы вообще противопоказана.

При показаниях срочно налаживают внутривенное вливание и больного с действующей системой доставляют в операционную, где продолжают необходимые мероприятия уже во время анестезии и операции.

Послеоперационное ведение больных

Послеоперационное осложнение - это новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основного заболевания. Осложнения важно отличать от операционных реакций, являющихся естественной реакцией организма больного на болезнь и операционную агрессию. Послеоперационные осложнения в отличие от послеоперационных реакций резко снижают качество лечения, задерживая выздоровление, и подвергают опасности жизнь пациента. Выделяют ранние (от 6-10% и до 30% при продолжительных и обширных операциях) и поздние осложнения.

В возникновении послеоперационных осложнений имеют значение каждый из шести компонентов: больной, заболевание, оператор, метод, среда, случайность.

Осложнения могут быть:

* развитием нарушений, вызываемых основным заболеванием;
* нарушениями функций жизненно важных систем (дыхательной; сердечнососудистой, печени, почек), обусловленными сопутствующими болезнями;
* следствиями дефектов исполнения операции

Имеют значение особенности госпитальной инфекции и система ухода за больными в данном стационаре, схемы профилактики тех или иных состояний, диетотерапия, подбор врачебного и сестринского персонала.

Послеоперационные осложнения склонны к прогрессированию и рецидивированию и часто приводят к другим осложнениям. Легких послеоперационных осложнений не бывает. В большинстве случаев требуют повторных вмешательств.

Частота послеоперационных осложнений около 10%, при этом доля инфекционных - 80%. Риск возрастает при экстренных, а также длительных операциях. Фактор продолжительности операции - один из ведущих в развитии гнойных осложнений.

Технические ошибки: неадекватный доступ, ненадежный гемостаз, травматичность проведения, случайные (незамеченные) повреждения других органов, неумение отграничения поля при вскрытии полого органа, оставление инородных тел, неадекватные вмешательства, дефекты швов, неадекватное дренирование, дефекты послеоперационного ведения.

Профилактика осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде

Основными задачами послеоперационного периода являются: профилактика и лечение послеоперационных осложнений, ускорение процессов регенерации, восстановление трудоспособности пациента. Послеоперационный период делится на три фазы: ранний - первые 3-5 суток после операции, поздний - 2-3 недели, отдаленный (или период реабилитации) - обычно от 3 недель до 2 - 3 месяцев. Послеоперационный период начинается сразу после окончания операции. По окончании операции, когда восстанавливается самостоятельное дыхание, извлекают эндотрахеальную трубку, больного в сопровождении анестезиолога и сестры переводят в палату. Сестра должна к возвращению больного подготовить функциональную кровать, установив ее так, чтобы к ней можно было подойти со всех сторон, рационально расставить необходимую аппаратуру. Постельное белье нужно расправить, согреть, палату проветрить, яркий свет приглушить. В зависимости от состояния, характера перенесенной операции, обеспечивают определенное положение больного в постели.

После операций на брюшной полости под местным обезболиванием целесообразно положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями. Подобное положение способствует расслаблению брюшного пресса. Если нет противопоказаний, через 2-3 часа можно согнуть ноги, перевернуться на бок. Чаще всего после наркоза больного укладывают горизонтально на спину без подушки с повернутой набок головой. Такое положение служит профилактикой малокровия головного мозга, предотвращает попадание слизи и рвотных масс в дыхательные пути. После операций на позвоночнике больного следует класть на живот, предварительно положив на постель щит. Пациенты, которых оперировали под общим наркозом, нуждаются в постоянном наблюдении вплоть до пробуждения и восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов. Сестра, наблюдая за пациентом, следит за общим состоянием, внешним видом, цветом кожных покровов, частотой, ритмом, наполнением пульса, частотой и глубиной дыхания, диурезом, отхождением газов и стула, температурой тела.

Для борьбы с болью вводят подкожно морфин, омнопон, промедол. В течение первых суток это делают каждые 4-5 часов.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений необходима борьба с обезвоживанием, активизация больного в постели, лечебная гимнастика с первых суток под руководством сестры, при варикозном расширении вен по показаниям - бинтование голеней эластическим бинтом, введение антикоагулянтов. Необходимы также перемена положения в постели, банки, горчичники, дыхательные упражнения под руководством сестры: надувание резиновых мешков, шаров. При кашле показаны специальные манипуляции: следует положить ладонь на рану и слегка придавливать ее во время кашля. Они улучшают кровообращение и вентиляцию легких.

Если больному запрещено пить и есть, назначается парентеральное введение растворов белков, электролитов, глюкозы, жировых эмульсий. Для восполнения кровопотери и с целью стимуляции, переливают кровь, плазму, кровезаменители.

Несколько раз в день сестра должна проводить туалет рта пациента: протирать шариком, смоченным перекисью водорода, слабым раствором гидрокарбоната натрия, борной кислотой или раствором перманганата калия слизистую оболочку, десны, зубы; снимать налет с языка лимонной корочкой или тампоном, смоченным в растворе, состоящим из чайной ложки гидрокарбоната натрия и столовой ложки глицерина на стакан воды; смазывать губы вазелином. Если состояние больного позволяет, нужно предложить ему полоскать рот. При длительном голодании для профилактики воспаления околоушной железы рекомендуется жевать (не глотать) черные сухари, дольки апельсина, лимона с целью стимулирования слюноотделения.

После чревосечения (лапаротомии) могут возникнуть икота, срыгивание, рвота, вздутие кишечника, задержка стула и газов. Помощь больному заключается в опорожнении желудка зондом (после операции на желудке зонд вводит врач), введенным через нос или рот. Чтобы устранить упорную икоту, подкожно вводят атропин (0,1% раствор 1 мл), аминазин (2,5% раствор 2 мл), производят шейную вагосимпатическую блокаду. Для отведения газов вставляют газоотводную трубку, назначают медикаментозное лечение. После операций на верхнем отделе желудочно-кишечного тракта через 2 дня ставят гипертоническую клизму.

После операции больные иногда не могут самостоятельно помочиться по причине непривычного положения, спазма сфинктера. Для борьбы с этим осложнением на область мочевого пузыря, если нет противопоказаний, кладут грелку. К мочеиспусканию побуждают также льющаяся вода, теплое судно, внутривенное введение раствора уротропина, сульфата магния, инъекции атропина, морфина. Если все эти меры оказались неэффективными, прибегают к катетеризации (утром и вечером), ведя учет количеству мочи. Снижение диуреза может быть симптомом тяжелого осложнения послеоперационной почечной недостаточности.

Вследствие нарушения микроциркуляции в тканях, по причине их длительного сдавления могут развиться пролежни. Для профилактики этого осложнения необходим комплекс целенаправленных мер.

Прежде всего, нужен тщательный уход за кожей. При обмывании кожи лучше пользоваться мягким и жидким мылом. После обмывания кожи следует тщательно высушить, и, если это необходимо, увлажнить кремом. Уязвимые места (крестец, область лопаток, затылок, задняя поверхность локтевого сустава, пятки) следует смазывать камфорным спиртом. Для изменения характера давления на ткани под эти места подкладывают резиновые круги. Следует также следить за чистотой и сухостью постельного белья, тщательно расправлять складки на простыне. Положительное действие оказывает массаж, использование специального противопролежневого матраца (матрац с постоянно изменяющимся давлением в отдельных секциях). Большое значение для предупреждения пролежней имеет ранняя активация пациента. По возможности нужно ставить, сажать пациентов или хотя бы поворачивать их с боку на бок. Следует также обучить пациента регулярно менять положение тела, подтягиваться, приподниматься, осматривать уязвимые участки кожи. Если человек прикован к креслу или инвалидной коляске, нужно посоветовать ему, ослаблять давление на ягодицы примерно каждые 15 минут - наклоняться вперед и приподниматься, опираясь на ручки кресла.

Уход при послеоперационных осложнениях

Кровотечение может осложнить любое вмешательство. Кроме наружного кровотечения, следует иметь в виду излияния крови в полости или просвет полых органов. Причины – недостаточный гемостаз во время операции, соскальзывание лигатуры с перевязанного сосуда, выпадение тромба, нарушения свертывания крови. Помощь заключается в устранении источника кровотечения (нередко оперативным путем, иногда консервативными мерами - холод, тампонада, давящая повязка), местном применении гемостатических средств (тромбин, гемостатическая губка, фабричные пленка), восполнении кровопотери, повышении свертывающих свойств крови (плазма, хлорид кальция, викасол, аминокапроновая кислота).

Легочные осложнения обусловлены нарушением кровообращения и вентиляции легких в связи с поверхностным дыханием из-за болей в ране, скоплением слизи в бронхах (плохое откашливание и отхаркивание), стазом крови в задних отделах легких (длительное пребывание на спине), уменьшением экскурсий легких из-за вздутия желудка и кишечника. Профилактика легочных осложнений заключается в предварительном обучении дыхательным упражнениям и откашливанию, частой смене положения в постели с приподнятой грудной клеткой, борьбе с болью.

Парез желудка и кишечника наблюдается после операций на брюшной полости, обусловлен атонией мускулатуры пищеварительного тракта и сопровождается икотой, отрыжкой, рвотой и задержкой стула и газов. При отсутствии осложнений со стороны оперированных органов с парезом удается справиться путем носожелудочного отсасывания, гипертонических клизм и газоотводных трубок, внутривенного введения гипертонических растворов, средств, усиливающих перистальтику (прозерин), снимающих спазм (атропин).

Перитонит – воспаление брюшины, тяжелейшее осложнение внутрибрюшинных операций, чаще всего обусловленное расхождением (недостаточностью) швов, наложенных на желудок или кишечник. При остром начале внезапно возникает боль, первоначальная локализация которой часто соответствует пораженному органу. Далее боль принимает распространенный характер. Одновременно быстро нарастает интоксикация: повышается температура, учащается пульс, заостряются черты лица, сухость во рту, тошнота, рвота, напряжение мыщц переднее брюшной стенки. На фоне массивной терапии антибиотиками, а также у ослабленных престарелых больных картина перитонита не столь выражена. При появлении перитонеальных симптомов- запретить больному пить и есть, положить холод на живот, не вводить обезболиващих препаратов, пригласить врача.

Психозы после операции возникают у ослабленных, легковозбудимых больных. Они проявляются двигательным возбуждением с нарушением ориентировки, галлюцинациями, бредом. В таком состоянии больной может соскочить с кровати, сорвать повязку, нанести увечья себе окружающим.уговоры, попытки успокоить больного, уложить малодейственны. По назначению врача вводиться подкожно 2,5% р-р аминазина.

Тромбоэмболические осложнения. К развитию тромбозов предрасположены лица с варикозно-расширенными венами, нарушением свертывания крови, замедлением кровотока, травмой сосудов во время операции, тучные, а также ослабленные (особенно онкологические) больные, много рожавшие женщины. При образовании тромба и воспалении вены возникает тромбофлебит. Доврачебная помощь заключается в назначении строгого постельного режима во избежание отрыва тромба глубокой вены и эмболии его током крови в вышележащие отделы кровеносной системы, даже до легочной артерии со всеми вытекающими отсюда осложнениями вплоть до молниеносной смерти от закупорки основного ствола легочной артерии. Для профилактики тромбообразования большое значение имеет активность больного в послеоперационном периоде (уменьшение застоя), борьба с обезвоживанием, ношение эластичных бинтов (чулков) при наличии варикозно-расширенных вен. Местное лечение тромбофлебита сводится к наложению масляно-бальзамических повязок (гепариновая мазь), приданию конечности возвышенного положения (шина Белера, валик). По назначению врача прием антикоагулянтов, под контролем показателей свертывающей системы крови.

Послеоперационный уход за детьми

Анатомо-физиологические особенности детского организма определяют необходимость специального послеоперационного ухода. Медицинская сестра должна знать возрастные нормативы основных физиологических показателей, характер питания детей, различных возрастных групп, а также четко представлять себе патологию и принцип хирургического вмешательства. Среди факторов, влияющих на течение послеоперационного периода у детей и определяющих необходимость особого ухода за ними, важнейшее значение имеет психическая незрелость больного и своеобразная реакция организма на операционную травму.

Общие принципы послеоперационного ухода за детьми

После того, как ребенок доставлен из операционной в палату, его укладывают в чистую постель. Самое удобное положение в первое время - на спине без подушки. Маленькие дети не понимая серьёзности состояния, бывает излишне активны, часто меняет положение в постели, поэтому приходиться прибегать к фиксации больного путем привязывания к кровати конечностей с помощью манжеток. У очень беспокойных детей дополнительно фиксируют туловище. Фиксация не должна быть грубой. Слишком тугое перетягивание конечностей манжетами вызывает боль и венозный застой и может явиться причиной нарушения питания стопы или кисти вплоть до некроза. В пространство между манжеткой и кожей свободно должны проходить пальцы. Длительность фиксации зависит от возраста ребенка и вида анестезии.

В период пробуждения от наркоза часто возникает рвота, поэтому важна профилактика аспирации рвотными массами во избежание аспирационной пневмонии и асфиксии. Как только сестра замечает позывы к рвоте, она немедленно поворачивает голову ребенка набок, а после рвоты тщательно протирает полость рта ребенка чистой пеленкой. В период пробуждения и последующие часы ребенок испытывает сильную жажду и настойчиво просит пить. При этом сестра строго руководствуется указаниям врача и не допускает лишнего приема воды, которая может вызвать повторную рвоту.

В ближайшем послеоперационном периоде у детей большое значение имеет борьба с болью. Если ребенок беспокоен и жалуется на боль в области послеоперационной раны или другом месте, сестра немедленно сообщает об этом врачу. Обычно в таких случаях назначают успокаивающие болеутоляющие препараты. Дозирует лекарственные препараты только врач.

Послеоперационные швы обычно закрывают ассептической наклейкой. В процессе ухода за больным сестра обеспечивает чистоту повязки в области швов.

В послеоперационном периоде чаще всего наблюдаются следующие осложнения:

* Гипертермия развивается главным образом у грудных детей и выражается в повышении температуры тела до 39°С и выше, сопровождающемся нередко судорожным синдромом. Применяют пузыри со льдом на область магистральных сосудов (бедренные артерии), ребенка обнажают, кожу протирают спиртом. По назначению врача вводят жаропонижающие препараты перорально или парентерально
* Дыхательная недостаточность выражается в одышке, синюшней окраске губ или общей синюшности, поверхностном дыхании. Может наступить внезапная остановка дыхания. Осложнение развивается внезапно и постепенно. Особенно важна роль сестры в профилактике дыхательной недостаточности (предупреждение аспирации рвотными массами, регулярное отсасывание слизи из носоглотки). В угрожающих жизни состояниях, сестра оказывает доврачебную помощь, обеспечивая ребенка кислородом (оксигенотерапия, ИВЛ).
* Кровотечение может быть наружным или внутренним и проявляется прямыми или косвенными признаками. Прямые признаки- это кровотечение из послеоперационной раны, рвота кровью, примесь ее в моче или кале. К косвенным признакам относятся бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, тахикардия, снижение артериального давления. В любом случае сестра сообщает обо всех замеченных ею признаках кровотечения.
* Олигурия, анурия- уменьшение или прекращение выделения мочи. Резкое сокращение количества мочи свидетельствуют либо о выраженном уменьшении ОЦК, либо о поражении почек. В любом случае медсестра должна информировать врача о замеченных ею изменениях диуреза у больного.

Особенности питания

Впервые дни после операции на желудке и кишечнике назначают диету № 0. Пища состоит из жидких и желеобразных блюд. Разрешают: чай с сахаром, фруктовые и ягодные кисели, желе, отвар шиповника с сахаром, соки свежих ягод и фруктов, разведенные сладкой водой, слабый бульон, рисовый отвар. Пищу дают частыми приемами в малом количестве в течение дня. Диету назначают не более чем на 2-3 дня.

Особенности питания после аппендэктомии

* 1-е сутки - голод
* 2-е сутки – минеральная вода без газов, отвар шиповника, компот из сухофруктов

В течение следующих трех суток:

* Все блюда жидкие и пюреобразные
* Частое дробное питание маленькими порциями
* Чай с сахаром, отвар шиповника, компот
* Нежирный куриный бульон
* Желе, фруктовые и ягодные кисели
* Перед едой за 20-30 минут стакан теплой кипяченой воды, и 1 стакан через 1,5 часа после

Послеоперационная диета предполагает отказ от:

жирной, мучной, соленой пищи и копченостей.

Особенности питания после холецистэктомии

Примерный дневной рацион

№1

Первый завтрак

Стакан отвара шиповника, нежирного творога с небольшим количеством сметаны, морковное пюре.

Второй завтрак

Стакан чая с черносмородиновым вареньем или лимоном с белым сухариком.

Обед

Картофельный суп с кореньями моркови; отварная нежирная рыба, отварная курица или паровая говяжья котлета; стакан компота из сухофруктов.

Полдник

Стакан молока и печенье.

Ужин

Паровой белковый омлет, картофельное пюре, манная, рисовая, или хорошо протертая гречневая каша с молоком.

Перед сном

Стакан теплого киселя с белым вчерашним хлебом или с сухариками.

№2

Натощак

Стакан теплого компота из сухофруктов.

Завтрак

Паровой омлет или яйцо всмятку, паровая котлета, с морковным, картофельным или свекольным пюре. Стакан чая.

Второй завтрак

Компот, молоко, или однодневная простокваша, белый хлеб, ломтик отварной рыбы.

Обед

Тарелка овощного супа, картофельное пюре с мясным паштетом или рыбой, чай с молоком.

Полдник

Чай с лимоном и печеньем.

Ужин

Отварная свекла, с небольшим количеством нежирной сметаны, ломтик хлеба, кисель.

Перед сном

Паровой белковый омлет.

Ночью во время пробуждения

Стакан фруктового сока, разбавленного водой.

Таким образом, дробное рациональное питание, лечебная гимнастика по назначению врача, регулярные прогулки на свежем воздухе, а также хорошее настроение и оптимистический настрой-залог успешного предупреждения нежелательных осложнений после операции

Особенности питания после геморроидэктомии

После геморроидэктомии, также как и после любой другой операции на органах пищеварения, назначается диета.

В послеоперационном периоде 1-2-й день - голод. На 2-3-й день - жидкие и желеобразные блюда; 200мл обезжиренного мясного или куриного бульона, некрепкий чай подслащенный, настой шиповника, фруктовое желе. На 3-4-й день - добавляют яйцо всмятку, белковый паровой омлет, сливки нежирные. На 5-6-е сутки в диету включают молочные протертые каши, картофельное пюре, суп-крем из овощей. Питание должно быть дробным до 5-6 раз в сутки, мелкими порциями. Пища в отварном и протертом виде. Из овощей рекомендуется: свекла, морковь, кабачок, тыква, цветная капуста. Все овощи употреблять в отварном виде.

Из фруктов: бананы, яблоки баз кожуры (лучше в запеченном виде), сливы, абрикосы (можно заменить черносливом и курагой).

Исключить:

* Острое
* Алкоголь

Профилактика осложнений послеоперационных ран

Рана после операции практически стерильна. Уход за такой раной сводиться к соблюдению чистоты повязки и созданию покоя. Несколько раз в сутки нужно проводить контроль за ее состоянием, следя за удобством, сохранностью повязки, ее чистотой и промоканием. Если рана зашита наглухо, повязка должна быть сухой. При незначительном промокании следует сменить верхние слои повязки, используя для этого стерильный материал, ни в коем случае не обнажая рану. В области послеоперационной раны не должно быть покраснения, припухлости, инфильтрации, каких-либо выделений. О появлении признаков воспаления медицинская сестра обязана сообщить врачу.

Особенности ухода за больными с дренажами, выпускниками

Все дренажи должны быть стерильными и использоваться только один раз. Хранятся они на стерильном столе или в стерильном растворе антисептика. Перед использованием промываются стерильным 0,9% раствором натрия хлорида. Трубчатые дренажи вводит в рану или полость врач. Дренажи могут выводиться через рану, но чаще они выводятся через отдельные дополнительные проколы рядом с послеоперационной раной и фиксируются швами к коже. Кожу вокруг дренажа ежедневно обрабатывают 1 % раствором бриллиантовой зелени и проводят смену марлевых салфеток «штанишек». Медицинская сестра наблюдает за количеством и характером отделяемого по дренажу.

При наличии геморрагического содержимого обязательно вызывается врач, измеряется артериальное давление и подсчитывается пульс. Дренажная трубка от пациента может удлиняться с помощью стеклянных и резиновых трубок. Сосуд, в который она опускается должен быть стерильным, и наполнен на 1/4 часть раствором антисептика. Для профилактики проникновения инфекции по дренажной трубке проводится смена сосуда ежедневно. Пациента укладывают на функциональную кровать так, чтобы дренаж был виден и уход за ним не был затруднен, придают положение, способствующее свободному оттоку отделяемого. При использовании активного дренирования с помощью электроотсоса надо наблюдать за его работой, поддерживая в системе давление в пределах 20-40 мм рт.ст., за заполняемостью сосуда. При сомнении в проходимости дренажа срочно вызывается врач. Промывание раны или полости по дренажу проводится по назначению врача с помощью шприца, который должен герметично соединяться с дренажной трубкой. По назначению врача отделяемый экссудат может быть направлен на исследование в бактериологическую лабораторию в специальной пробирке.

Удаление трубчатых дренажей проводит врач. Если дренаж при манипуляциях выпадает из раны или полости, то медицинская сестра срочно сообщает об этом врачу. Используемый дренаж обратно не вводится.

Перевязка пациента с дренажами в плевральной полости

Показания: уход за дренажом в послеоперационной ране.

Оснащение: 4пинцета, ножницы Купера, перевязочный материал (шарики, салфетки), 0,9% раствор натрия хлорида, 70% спирт, 1% раствор йодоната, 1% раствор бриллиантового зеленого, бинт, клеол, сменные дренажи, резиновые перчатки, емкость с дез. раствором.

Последовательность действий:

1. Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей процедуры.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Снять старую повязку, закрепляющую перевязочный материал (следить, чтобы вместе с перевязочным материалом не был извлечен дренаж из раны).
4. Сменить пинцет.
5. Обработать кожу вокруг дренажа марлевым шариком, смоченным в 0,9% растворе натрия хлорида.
6. Высушить кожу вокруг дренажа и обработать 70% спиртом.
7. Смазать края раны 1% раствором йодоната, промокательными движениями. При непереносимости йодоната используют 1% раствор бриллиантового зеленого.
8. Сменить пинцет.
9. Уложить на раневую поверхность вокруг дренажа стерильными салфетками.
10. Вывести за пределы перевязочного материала дренажную трубку, не сдавив ее при этом бинтом или наклейкой.
11. Поместить в емкость с дез. раствором использованные предметы медицинского назначения.
12. Снять перчатки и поместить их в емкость с дез. раствором.

Особенности ухода за больными с гастростомой

Для спасения жизни пациента с непроходимостью пищевода, возникшей вследствие рубцового сужения, опухолей, ожогов или ранений, на желудок накладывается свищ - гастростома, через который по введенной трубке производится питание пациента. В данном случае в полый орган, подшитый к передней брюшной стенке, вводится резиновая трубка, которая также крепится к передней брюшной стенке - швом или полосками лейкопластыря длиной 15-16 см. Трубка вводится недалеко от основной лапаротомической раны, зашитой наглухо.

Во время перезязки нужно следить, чтобы между обеими ранами не было контакта, так как лапаротомическая рана должна зажить первичным натяжением, а там, где выведена трубка, спустя некоторое время начинается нагноение, как результат раздражения тканей инородным телом - резиновой трубкой. Иногда рядом с трубкой по каналу в брюшной стенке просачивается желудочное или кишечное содержимое.

В процессе перевязки нужно внимательно наблюдать за положением трубки, удерживая ее на месте, особенно во время смены полоски бинта, фиксирующего трубку. Если трубка выпала, необходимо срочно сообщить об этом врачу. Сложность ухода заключается в том, что кожа вокруг гастростомы подвергается мацерации.

Обработка гастростомы

Показание: уход за послеоперационной раной.

Оснащение: 3-4 пинцета, ножницы Купера, шпатель, паста Лассара в подогретом виде, 0,1%-0.5% перманганат калия, лейкопластырь, стерильный перевязочный материал, лоток стерильный, лоток для отработанного материала, резиновые перчатки, емкость с дез.раствором.

Последовательность действий:

1. Успокоить пациента, объяснить ход предстоящей процедуры.
2. Надеть резиновые перчатки.
3. Одернуть трубку над кожей полоской лейкопластыря длиной не менее 15-16 см, приклеить концы пластыря к коже пациента.
4. Обработать кожу вокруг стомы шариком, смоченным 0,1-0,5% раствором перманганата калия, высушить тщательно сухим шариком.
5. Нанести стерильным шпателем достаточно толстый слой (не менее 0,5 см) подогретой пасты Лассара.
6. Наложить поверх пасты стерильные салфетки, разрезанные по типу «штанишек» (первая салфетка укладывается разрезом книзу, вторая- разрезом кверху, третья- слева, четвертая- справа).
7. Уложить поверх стерильных салфеток большую салфетку с отверстием в центре (для выведения трубки).
8. Обвязать плотно полоской бинта, резиновую трубку, выведенную через отверстие в большой салфетке, и завязать вокруг талии как пояс, на два узла.
9. Укрепит этот пояс второй полоской бинта.
10. Поместить в емкость с дез. раствором использованные предметы медицинского назначения.
11. Снять перчатки и поместить их в емкость с дез. раствором.

Особенности ухода за больными с колостомой

При уходе за колостомой необходимо следить за кожей вокруг свища. Она должна быть чистой, сухой. После каждой дефекации производят туалет кожи, на выступающую слизистую оболочку кладут пропитанную вазелином салфетку, покрывают свищ марлей, кладут вату и укрепляют повязку бинтами или бандажом. Кожу вокруг свища покрывают индифферентной мазью. Когда каловый свищ сформируется, полезны ванны, которые благоприятствуют оздоровлению кожи, ликвидации дерматита.

Для укрепления кожного покрова и придания ему большей прочности применяют 10% водный раствор танина. Им смазывают участки кожи, пораженные дерматитом. Применяют присыпки из сухого танина, гипса, талька, каолина. При этом образуется корка, которая предохраняет кожу. Кишечное содержимое, попадая на корку, стекает с нее или впитывается повязкой, закрывающей свищ.

Обработка калового свища

Цель: лечебная.

Показания: уход послеоперационной раны.

Оснащение: стерильные предметы медицинского назначения: перчатки, пинцеты, ножницы, лоток, вазелиновое масло, перевязочный материал, 0,5% раствор перманганата калия, флаконы, шпатель, паста Лассара. Нестерильные предметы медицинского назначения: емкость с мыльным раствором емкостью1-1,5 л., лоток для отработанного инструментария, клеенка, емкость с дез. раствором.

Обязательные условия: периодически надо очищать пасту с кожи в окружности калового свища, и обрабатывать 3% перекисью водорода и 70%спиртом.

Последовательность действий:

1. Объяснит пациенту цель и ход предстоящей процедуры.
2. Вымыть руки, надеть перчатки.
3. Подложить под бок пациента со стороны стомы клеенку.
4. Обмыть кожу вокруг стомы, испачканную фекалиями, используя пинцет, марлевые шарики и мыльный раствор. Осушить кожу сухим марлевым шариком.
5. Сменить пинцет.
6. Обработать кожу вокруг стомы слабым раствором перманганата калия, с помощью пинцета и марлевых шариков. Затем осушить кожу.
7. Нанести шпателем на стерильные салфетки густой слой подогретой пасты Лассара.
8. Наложить салфетки с мазью на кожу вокруг калового свища.
9. Пропитать большую салфетку стерильным вазелиновым маслом и положить на выступающую слизистую оболочку стомы, а сверху еще стерильные салфетки.
10. Зафиксировать сверху большой салфеткой, сложенной многослойно, и укрепить повязку бинтом.
11. Поместить отработанный перевязочный материал в емкость для отработанного материала.
12. Поместить использованные инструменты в емкость с дез. раствором
13. Убрать клеенку и подвергнуть ее дезинфекции.
14. Снять перчатки, поместить в емкость с дез.раствором.

Алгоритм постановки гипертонической клизмы

Цель: усилить перистальтику кишечника и вызвать обильную транссудацию жидкости в просвет кишечника.

Показания: задержка стула и массивные отеки различного происхождения.

Оснащение: грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводную трубку, лекарственное средство,10%-ный раствор натрия хлорида в количестве 100—150 мл, перчатки латексные, вазелиновое масло, лоток, клеенку, большая пеленку, емкость с дезинфицирующим раствором.

Алгоритм выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Убедиться в понимании цели и хода процедуры.
3. Подогрейте флакон с лекарственным средством на водяной бане до 38°С.
4. Набрать в грушевидный баллончик 150 мл подогретого раствора.
5. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу
6. Надеть халат, перчатки.
7. Подложить под пациента клеенку, пеленку.
8. Раздвинуть ягодицы, ввести газоотводную трубку в прямую кишку на глубину 20-30 см.
9. Присоединить к трубке грушевидный баллончик, выпустив воздух из него и медленно ввести подогретый раствор.
10. Отсоединить, не разжимая баллончик от газоотводной трубки, затем извлечь её.
11. Поместить использованный инструментарий в емкость с дезраствором.
12. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике в течение 15-20 минут.
13. Наблюдать за состоянием пациента, при появлении позывов подать судно или сопроводить в туалет.
14. Убрать клеёнку, пеленку в емкость для последующей дезинфекции.
15. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором, вымыть руки.
16. Сделать запись в листе назначений о проделанной процедуре.

Клизма по методу Огнева

Показания: для облегчения самостоятельной дефекации после операций и при стойких запорах.

Оснащение: грушевидный баллончик или шприц Жанэ, газоотводную трубку, смесь по Огневу:10%-ный раствор натрия хлорида 20мл, глицерин-20мл, 3% перекись водорода. перчатки латексные, вазелиновое масло, лоток, клеенку, большая пеленку, емкость с дезинфицирующим раствором.

Алгоритм выполнения:

1. Установить доверительные отношения с пациентом.
2. Убедиться в понимании цели и хода процедуры.
3. Набрать в грушевидный баллончик смесь по Огневу.
4. Помочь пациенту лечь на левый бок, правая нога должна быть согнута в колене и прижата к животу
5. Надеть халат, перчатки.
6. Подложить под пациента клеенку, пеленку.
7. Смазать наконечник грушевидного баллончика вазелиновым маслом.
8. Выпустить воздух и ввести наконечник грушевидного баллона в прямую кишку, раздвинув ягодицы пациента.
9. Ввести смесь.
10. Не разжимая баллончик, извлечь его из прямой кишки.
11. Напомнить пациенту, чтобы он задержал раствор в кишечнике в течение 15-20 минут.
12. Наблюдать за состоянием пациента, при появлении позывов подать судно или сопроводить в туалет.
13. Убрать клеёнку, пеленку в емкость для последующей дезинфекции.
14. Снять перчатки, поместить их в емкость с дезраствором, вымыть руки.
15. Сделать запись в листе назначений о проделанной процедуре.

Обеспечение инфекционной безопасности пациента в послеоперационном периоде

В хирургическом отделении проводят мероприятия по профилактике внутрибольничной инфекции, соблюдают дезинфекционный режим.

Для профилактики и борьбы с послеоперационными гнойными осложнениями организуют и проводят комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на выявление и изоляцию источников инфекции и ликвидацию путей передачи.

Комплекс включает: своевременное выявление и изоляцию в специальные отделения (секции), палаты больных, у которых послеоперационный период осложнился гнойно-септическими заболеваниями, своевременное выявление носителей патогенного стафилококка их санацию, применение высокоэффективных методов обеззараживания рук медицинского персонала и кожи операционного поля, организацию централизованной стерилизации белья, перевязочного материала, инструментов, шприцев, использование методов и средств дезинфекции для обработки различных объектов внешней среды, имеющих эпидемиологическое значение в механизме передачи внутрибольничных инфекций.

Больному выделяют индивидуальные предметы ухода: плевательницу, подкладное судно и т.д., которые после использования немедленно убирают из палаты и тщательно моют.

В отделении соблюдают чистоту и порядок. Уборку производят не реже двух раз в день влажным способом мыльно-содовым раствором с применением дезинфицирующего раствора.

Список использованной литературы

1. Барыкина Н.В., Зарянская В.Г. Сестринское дело в хирургии. - Ростов н/Д: Феникс, 2007г. – 447 с.
2. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2008г. – 460 с.
3. Кузнецова В.М. Сестринское дело в хирургии. – Ростов н/Д: Феникс, 2000г. – 415 с.
4. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: Практикум. – Ростов н/Д: Феникс, 2006г. – 530 с.
5. Сестринское дело в хирургии: учеб. пособ. / под ред. М.Ф. Заривчацкого. – Ростов н/Д: Феникс, 2007г. – 640 с.
6. Справочник медицинской сестры. / под ред. Ю.Ю. Елисеева. – Москва: Эксмо, 2003г. – 895 с.
7. Справочник медицинской сестры по уходу. / под ред. Н.Р. Палесова. – Москва: Эксмо, 1993г. – 541 с.
8. Справочник медицинской сестры по уходу. /под ред. Н.Р Палеева . – Москва: ООО « Издательство «Новая волна», 2003.- 544 с.
9. Диетотерапия при различных заболеваниях. / И.К. Латогуз, С.И. Латогуз. – Москва: Эксмо, 2009г.- 545 с.