Введение

травматологический медсестра больной гигиенический

В последнее десятилетие количество новых хирургических методов лечения в травматологии и ортопедии значительно возросло. Это связано с открытием новых шовных и заместительных материалов, применяемых в травматологии[30]. Следует упомянуть несомненные успехи в фармакологии, а так же, к сожалению, увеличение числа травматизации и несчастных случаев в ДТП и на производстве.[32] Кроме этого нужно вспомнить, что тотальное эндопротезирование, становится одним из основных методов лечения тяжёлых патологических изменений в суставах, позволяющее восстановить опороспособность, избавить пациента от боли и инвалидности, вернуть его к активному образу жизни.[27, 28]

Такое интенсивное развитие травматологии и ортопедии подняло проблему профилактики и лечения послеоперационных осложнений. И конечно основной из всех этих проблем будет вопрос об организации ухода за больными в послеоперационном периоде.[31] Актуальность проблемы организации ухода в послеоперационном периоде обусловлена тем, что процент удовлетворительных результатов после операций колеблется от 67,2% до 97,3%, поданным Прохоренко В.М.[29, 35] Большинство исследований занимаются разработками отдельных методов профилактики тех или иных осложнений послеоперационных осложнений в травматологическом или ортопедическом стационаре[37]. Так Горшунов Д.Е из Нижнего Новгорода в 2007 году занимался вопросами профилактики осложнений после функционально-восстановительных операций на локтевом суставе; Семёнова М.Н. из Москвы в 2009году защитила диссертацию на тему: «Диагностика, профилактика и лечение тромботических осложнений у пострадавших с политравмой». Рожнев Евгений Валерьевич в 2013 году защитил диссертацию на тему: «Осложнения раннего послеоперационного периода первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава».[35,36] Ежегодно пишутся десятки работ на тему осложнений в послеоперационном периоде, но мало кто уделяет внимание организации ухода за больными, а тем более роли медицинской сестры в этом нелегком процессе.[44,46] Поэтому мы решили, по возможности максимально раскрыть эту тему. Объектом нашего исследования стало изучение сестринского процесса в травматологическом отделении. Предметом исследования стал момент организации ухода за больными в послеоперационном периоде. Целью исследования в нашей работе мы решили сделать выяснение роли медицинской сестры травматологического отделения в организации ухода за больными в послеоперационном периоде.

Для того чтобы сформулировать задачи стоящие перед нами, следует немного остановиться на вопросе: А что такое уход за больными в послеоперационном периоде? Чтобы на него ответить, нужно напомнить о том, что есть «Послеоперационный период» - это промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния больного [11,16]. «А уход за больным»- это совокупность мероприятий, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, выполнение врачебных назначений, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни и быстрейшему выздоровлению больного, облегчению его страданий и предотвращению осложнений [14,16]. Таким образом, исходя из двух этих формулировок «Уход в послеоперационном периоде»- это система мероприятий в послеоперационном периоде обеспечивающих всестороннее обслуживание больного. И здесь ключевым словом будет именно «обслуживание», а не «лечение». Исходя из вышеперечисленного планируемым результатом нашей работы, а точнее нашей гипотезой стала идея «О главенствующей, организующей роли медицинской сестры в организации ухода за больными в послеоперационном периоде в травматологическом отделении. Именно эту гипотезу мы планируем подтвердить в результате нашей работы. И теперь становятся ясными задачи стоящие перед нами.

Первая задача- это сбор теоретических данных касающихся темы нашей работы.

Вторая задача- это краткий образ основных понятий из изученной специальной литературы, здесь мы планируем использовать метод теоретического анализа литературных источников.

Нашей третьей задачей станет практическое подтверждение полученных теоретических знаний, сначала эмпирическим методом наблюдения, а затем методом сравнения между теоретическими данными и практической деятельностью медицинского персонала в травматологическом и хирургическом отделениях.

Четвертая задача, которая встанет перед нами - это анализ полученных данных и формулировка выводов с разработкой рекомендаций в заключительной части нашей работы.

Целесообразность выбора темы подтверждается данными об обратно пропорциональном соотношении качества ухода за больными в послеоперационном периоде, и количественном показателем случаев возникновения осложнений у данных пациентов[22,26]. Нужно еще раз подчеркнуть, что это соотношение обратно пропорционально, то есть чем качественнее уход, тем меньше осложнений. А если это так, то выяснить роль медицинской сестры в организации этого процесса будет очень своевременным, актуальным и целесообразным.

Базой для сбора данных для практической части нашей работы стала ГБУ ГКБ №1 им Фишера, отделение хирургии, нейрохирургии и отделение травматологии. В данных отделениях нам в полной мере удалось познакомиться с работой медицинской сестры. В своих наблюдениях мы уделяли больше времени организации ухода за послеоперационными больными.

Глава 1 Обзор основных понятий

.1 Прежде чем приступить к решению основной задачи нашей работы нам необходимо провести краткий обзор доступных информационных источников с выяснением сути основных понятий раскрываемых в нашей работе.

Во-первых, нужно остановиться на вопросе ухода за больными. Так что же это такое?

Уход - совокупность мероприятии, обеспечивающих всестороннее обслуживание больного, выполнение врачебных назначений, создание оптимальных условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, быстрейшему выздоровлению больного, облегчению его страданий и предотвращению осложнений [21].

Уход разделяют на общий и специальный. Общий уход включает гигиеническое содержание помещения, в котором находится больной, поддержание надлежащего гигиенического состояния самого больного, заботу об удобной постели, чистоте белья и одежды больного организацию питания больного, оказания помощи при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях и т.д., четкое и своевременное выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за динамикой самочувствия и состояния больного. Особенности ухода обусловленные спецификой того или иного заболевания или повреждения, обозначают термином «специальный уход». Уход не противопоставляется лечению, а органически входит в него как составная часть. Организация ухода и выполнение его в больничных и поликлинических условиях - обязательный и весьма ответственный раздел деятельности медицинского персонала[19].

Таким образом можно сделать заключение: Под уходом за больными в повседневной жизни понимают оказание больному помощи в удовлетворении его потребностей. К таким потребностям относятся еда, питье, умывание, движение, освобождение кишечника и мочевого пузыря. Решающая роль в обеспечении правильного ухода за больными отводится среднему и младшему медицинскому персоналу.

Функции медицинских сестер в зависимости от типа лечебно-профилактических учреждений (стационар, поликлиника, диспансер), профиля работы отделения (терапевтическое, хирургическое, офтальмологическое), той или иной должности (палатная, процедурная медицинская сестра, медицинская сестра приемного отделения, старшая медицинская сестра) существенно различаются. Вместе с тем можно выделить общие обязанности, которые медицинские сестры должны выполнять при осуществлении ухода за больными. Эти обязанности весьма многообразны[15,17].

Медицинские сестры выполняют широкий круг врачебных назначений (инъекции, постановка банок, горчичников, клизм, раздача лекарств и т. д.), диагностических манипуляций (измерение температуры тела, желудочное и дуоденальное зондирование и др.). В необходимых случаях медицинские сестры должны уметь подсчитать частоту дыхания и пульса, измерить артериальное давление, суточный диурез, правильно собрать выделения больного (мокроту, мочу, кал) для анализов и направить их в лабораторию. В неотложных ситуациях медицинские сестры обязаны уметь оказать первую доврачебную помощь (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, наложение кровоостанавливающего жгута, а также первую помощь при отравлениях, травмах, ожогах, отморожениях и т. д.).[16,17]

Медицинские сестры обеспечивают транспортировку больных, принимают вновь поступивших пациентов, знакомят их с особенностями работы отделения, организуют выписку больных.

Медицинские сестры осуществляют контроль санитарного состояния отделений, и соблюдения больными правил внутреннего распорядка, проверяют регулярность и полноту влажной уборки, следят за выполнением больными правил личной гигиены, качеством санитарной обработки, в необходимых случаях обеспечивают уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта, смену постельного и нательного белья.

Медицинские сестры отвечают за правильное и своевременное питание больных, организуют кормление пациентов, находящихся на строгом постельном режиме, следят за хранением продуктов питания в холодильниках и прикроватных тумбочках, проверяют содержание и качество передач[14,26].

Медицинские сестры ведут необходимую медицинскую документацию, заполняют температурные листы и листы назначений, журнал приема и сдачи дежурств, выписывают требования на медикаменты, составляют порционники и т. д.

На младший медицинский персонал (младшие медицинские сестры, санитарки-буфетчицы, санитарки-уборщицы) непосредственно ложится ответственность за поддержание чистоты в палатах, коридорах, местах общего пользования и других помещениях, их регулярную влажную уборку. Санитарки оказывают медсестрам помощь в кормлении тяжелобольных, смене у них нательного и постельного белья, подаче, уборке и мытье суден и мочеприемников, проведении санитарной обработки, сопровождают больных на различные исследования, обеспечивают доставку анализов в лабораторию. Для транспортировки больных по возможности используют труд санитаров-мужчин. В связи с острой нехваткой младшего медицинского персонала в лечебных учреждениях, их функции нередко приходится выполнять медицинским сестрам[23].

Уход за хирургическими больными включает, кроме общего ухода, мероприятия по подготовке больного к операции в Предоперационный период и предупреждению осложнений, которые могут возникнуть во время операции, в период наркоза и в послеоперационном периоде, о последнем мы расскажем позже. С операционного стола больного переносят на каталку и доставляют в палату, следя за тем, чтобы при транспортировке не вызвать дополнительную травму, не сместить наложенную повязку, не нарушить состояние систем трансфузии[25].

Больной после операции остается под наблюдением опытного персонала. Голова больного до его пробуждения должна располагаться низко, без подушки. После пробуждения больному придают положение, щадящее рану. Возвышенное (полусидячее) положение, облегчающее дыхание. Необходимо стремиться, как можно раньше начинать двигательную активизацию больного с целью профилактики пневмонии, тромбоэмболий и развития других осложнений[39].

Даже при гладком течении послеоперационный период нередко сопровождается неопасными, но мучительными для больного болью, бессонницей, жаждой, задержкой мочи и газов, икотой, которые наиболее тягостными бывают в первые два дня после операции. Для уменьшения болей применяют анальгетики, накладывают на область раны пузырь со льдом, следя за тем, чтобы он не оказывал сильного давления на рану. Иногда боль вызывает слишком туго или неправильно наложенная повязка. В этом случае следует ее подрезать или сменить, при возможности заменить повязкой в виде наклейки. После операций на конечности боль может быть следствием ее неправильного положения. Хорошая иммобилизация и возвышенное положение конечности уменьшают боль[38].

Задержка мочеотделения часто наблюдается после операций на тазовых органах, для уменьшения рефлекторного спазма сфинктера применяют тепло на область мочевого пузыря, используют лекарственные средства. При отсутствии эффекта производят катетеризацию мочевого пузыря, используя преимущественно мягкий катетер.

1.2 Прежде чем приступить к рассмотрению принципов ухода за послеоперационными больными нам следует уточнить, что же такое «послеоперационный период».

Послеоперацио́нный пери́од - промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния больного[19,39]. Подразделяется на ближайший - от момента окончания операции до выписки, и отдаленный, который протекает вне стационара (от выписки до полной ликвидации общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операцией). Весь послеоперационный период в стационаре делят на ранний (1-6 сут. после операции) и поздний (с 6-го дня до выписки из стационара). В течении послеоперационного периода выделяют четыре фазы: катаболическую, обратного развития, анаболическую и фазу увеличения массы тела. Для первой фазы характерны усиленное выделение азотистых шлаков с мочой, диспротеинемия, гипергликемия, лейкоцитоз, умеренная гиповолемия, потеря массы тела. Она охватывает ранний и частично поздний послеоперационный период. В фазе обратного развития и анаболической фазе под влиянием гиперсекреции анаболических гормонов (инсулина, соматотропного и др.) преобладает синтез: происходит восстановление электролитного, белкового, углеводного, жирового обмена. Затем начинается фаза увеличения массы тела, которая, как правило, приходится на тот период, когда больной находится на амбулаторном лечении[19]. Исходя из вышесказанного? можно сделать вывод, что уход в послеоперационном периоде должен быть направлен на предотвращение как ранних осложнений, так и поздних, в соответствии с периодами и фазами течения послеоперационного периода. Поскольку послеоперационный период включает ликвидацию общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операционной травмой, период заживления раны и развития адаптационных и компенсаторных механизмов[39]. При неосложненном послеоперационном периоде восстановление жизненно важных функций организма происходит довольно быстро, и мероприятия сводятся в основном к ликвидации и профилактике воспалительных процессов (если они имеются), профилактике легочных осложнений (дыхательная гимнастика, банки), контролю за мочеиспусканием и дефекацией (борьба с парезом кишечника и задержкой мочеиспускания), гигиеническим процедурам. Профилактикой многих осложнений является активное ведение больного и раннее вставание. Контроль за состоянием раны осуществляют при перевязках. Швы снимаются на 7-9-й день. В каждом отдельном случае в зависимости от характера заболевания назначается строго индивидуальная диета[15,19].

Послеоперационные осложнения могут быть связаны как с обезболиванием, так и с самой операцией, и с реакцией организма на операцию. Наиболее грозными осложнениями являются коллапс, шок, кровотечение, тромбоз и эмболия, отек легких, сердечно-сосудистая недостаточность.

Шок и коллапс развиваются непосредственно после операции под влиянием потока болевых импульсов. При этом наблюдаются побледнение кожи, цианоз, частый пульс (до 140 в минуту), падение артериальное давление. Кровотечение утяжеляет коллапс и шок.

Тромбоз отдельных вен (часто нижних конечностей) развивается на 2-4-е сутки. Отрыв тромба может привести к эмболии легочных артерий. Эмболия крупных ветвей часто заканчивается смертью.

Отек легких может возникнуть при закупорке слизью дыхательных путей, при вливании чрезмерно больших количеств жидкостей, при резком падении артериального давления и при острой левожелудочковой недостаточности. При отеке легких отмечаются резкая одышка, клокочущее дыхание, обильные влажные хрипы в легких и пенистая слизь в трахеобронхиальном дереве, резкий цианоз.

Сердечно-сосудистая недостаточность развивается после больших травматичных операций у больных с имевшимися до операции изменениями в сердечно-сосудистой системе[14,18].

Из осложнений более позднего периода (4-8-й день) могут наблюдаться послеоперационная пневмония, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (икота, рвота, отрыжка, поносы, метеоризм, запоры), задержка мочеотделения и т. д. Все это говорит о том, что больной в послеоперационном периоде подлежит самому тщательному наблюдению[20].

.3 И в третьих нам обязательно необходимо раскрыть такое понятие как травматологическое отделение. Травматология (от греч. trаuma, род. падеж trаumatos - рана, повреждение и …логия), буквально - учение о травматических повреждениях органов и тканей, их профилактике и лечении[]. Травматология в этом широком смысле охватывает многие вопросы, входящие в предмет изучения различных хирургических дисциплин (например, нейрохирургии, грудной хирургии) - в зависимости от локализации повреждения. В более узком смысле термин «Травматология» традиционно применяется к разделу клинической медицины, изучающему повреждения опорно-двигательного аппарата (костей, суставов, мышц, связок, сухожилий) и кожных покровов[33,34].

В России и некоторых других странах травматология вместе с ортопедией (по принципу общности анатомического субстрата) составляет самостоятельную клиническую дисциплину, что отражено в названиях кафедр, научно-исследовательских институтов, научных обществ и журналов. В большинстве стран, в том числе в России, травматологическую помощь оказывают специализированные врачи травматологи-ортопеды. Для лечения тяжёлых сочетанных травм с 60-х гг. стали создаваться травматологические центры. В нашей стране для оказания амбулаторной травматологической помощи созданы травматологические пункты и кабинеты поликлиник, стационарное лечение проводится в специальных травматологических или ортопедотравматологических отделениях крупных больниц, а также в хирургических отделениях сельских больниц[]. Преподавание травматологии проводится на кафедрах Травматологии и Ортопедии, а так же военно-полевой хирургии медицинских высших учебных заведений.

Так какие же основные оперативные вмешательства проводят в травматологических отделениях? Для начала необходимо указать, что оперативные вмешательства в травматологии могут быть как экстренными так и плановыми (например - закрытая репозиция вывиха бедра, которую часто приходиться выполнять после первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава)[9]. Другое известное плановое хирургическое вмешателство в равматологии и ортопедии это операции на коленном суставе - артроскопия и тотальное эндопротезирование. Артроскопию обычно выполняют амбулаторно. Чаще всего артроскопию коленного сустава выполняют у молодых спортсменов, но иногда она бывает необходима и пожилым людям с сопутствующими заболеваниями[13,31]. Так же необходимо вспомнить операции на позвоночнике. Операции на позвоночнике чаще всего выполняют по поводу сдавления нервных корешков или спинного мозга, обусловленного дегенеративными изменениями. Причиной сдавления может быть протрузия межпозвоночного диска или остеофита (спондилез) в спинномозговой канал или межпозвоночное отверстие.

При операциях па позвоночнике часто применяют положение больного на животе, что значительно усложняет проведение анестезии. Тракция головы при переднем спондилодезе шейного отдела позвоночника сопряжена с риском повреждения трахеи, пищевода, возвратного гортанного нерва, симпатической цепочки, сонной артерии и внутренней яремной вены[10,14]. Операции на позвоночнике часто сопровождаются большой кровопотерей, особенно при вмешательстве на нескольких уровнях, спондилодезе и коррекции сколиоза. Реплантация конечностей и трансплантация свободных мышечных лоскутов. Развитие микрохирургии, позволяющей сшивать мелкие артерии и нервы, позволило выполнять реплантацию конечностей при их травматической ампутации и пересаживать аутомышечные трансплантаты (свободные мышечные лоскуты на микрососудистой ножке)[10]. Эти кропотливые операции могут длиться многие часы. Однако до сих пор мы перечисляли только плановые операции, опасность которых снижена в силу качественной и длительной предоперационной подготовкой, чего не скажешь про экстренные оперативные вмешательства, которые могут возникнуть например у больных с травматической ампутацией конечности. Такие пациенты обычно молоды и не имеют сопутствующих заболеваний, но раны чаще всего бывают загрязнены и инфецированы.

.4 Основные послеоперационные осложнения

Кровотечение возникает после оперативного вмешательства как результат недостаточно проведенной остановки кровотечения, соскальзывания лигатуры с кровеносного сосуда, нарушения свертываемости крови. При недостаточной остановке кровотечения или при соскальзывании лигатуры больного повторно берут на операционный стол, где производят ревизию раны и окончательно останавливают кровотечение. При нарушении свертываемости крови показана коагулянтная терапия (хлорид кальция, викасол, аминокапроновая кислота, свежецитратная кровь и т. д.)[7,14].

Отек гортани чаще возникает после интратрахеального наркоза. При этом наблюдаются осиплость или потеря голоса, затруднение вдоха и выдоха, нарастает беспокойство, в дыхании начинают принимать участие вспомогательные мышцы. Необходимо вводить антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин), противовоспалительные, противоотечные, антиаллергические средства (хлорид кальция внутривенно, кортизон внутримышечно, гидрокортизон внутривенно, ингаляция паров ментола, раствора двууглекислой соды, вдыхание увлажненного кислорода, горчичники на грудь, грелки к ногам). В случае неэффективности указанной терапии образуют трахеостому[14,39].

Отек легких чаще всего развивается вследствие сердечно-легочной недостаточности. Появляются резкая одышка, громкое клокочущее дыхание (легкие переполнены жидкостью), пульс учащается, становится слабым. Кожа и слизистые оболочки приобретают синюшную окраску. Меры помощи: внутривенно вводят 0,5 мл 0,05% раствора строфантина с 20 мл 5% раствора глюкозы (медленно в течение 5-10 мин), 2 мл кордиамина, дают больному вдыхать пары спирта, производят ингаляцию кислорода, бинтование конечностей, кровопускание, в тяжелых случаях прибегают к трахеостомии[7,14].

Послеоперационная пневмония чаще развивается после операций на грудной клетке и верхнем отделе брюшной полости. Больные после операции дышат поверхностно, боятся откашливаться из-за болей в зоне операционных швов. В дыхательных путях задерживается отделяемое, что в условиях ослабленного после операции организма может привести к воспалению легких. Для профилактики необходимо следить, чтобы больной вел себя активно, хорошо откашливал мокроту, занимался дыхательной гимнастикой.

Психозы развиваются у ослабленных и истощенных больных с легко возбудимой нервной системой. Они проявляются двигательной реакцией, бредом. Больной пытается соскочить с кровати, бежать, срывает повязку, не узнает окружающих. Попытки успокоить больного нередко приводят к еще большему возбуждению[14].

Тромбофлебиты (закупорка и воспаление вен) возникают в результате замедленного тока крови, повышения свертывания ее, воспалительных процессов и т. д. Особенно склонны к этим осложнениям ослабленные больные, страдающие злокачественными опухолями, а также лица с варикозно расширенными венами. Активное проведение послеоперационного периода улучшает кровообращение и уменьшает тромбообразование. Большое значение в профилактике послеоперационных тромбофлебитов придается борьбе с обезвоживанием (т. е. со сгущением крови). Клинически тромбофлебит проявляется болью в зоне соответствующей вены, отеком конечности, возникновением плотных тяжей по ходу вен. Больному создают строгий постельный режим, так как оторвавшийся тромб может вызвать эмболию легких, легочной артерии, что может привести к смертельному исходу. Лечение тромбофлебита сводится к приданию конечности возвышенного положения для улучшения кровотока, наложению повязки с мазью Вишневского. Широкое применение в этих случаях нашли препараты группы антикоагулянтов, (гепарин, неодикумарин и т. д.), фибринолизин, пиявки, способствующие снижению свертываемости крови. При применении антикоагулянтов ведется наблюдение за протромбином крови (ежедневно) и мочой. Наличие эритроцитов в моче - признак передозировки антикоагулянтов[14,39].

Теперь после перечисления самых грозных послеоперационных осложнений становится понятным актуальность выбранной нами темы работы. Учитывая тот факт, что пациенты в послеоперационном периоде как никакие другие пациенты нуждаются в уходе, качественном и профессиональном, нам становится крайне необходимым определение роли медицинской сестры в организации этого сложного и многогранного процесса - ухода за больными в послеоперационном периоде. Поэтому следующую главу мы решили посвятить изучению организации ухода за больными в сравнительном аспекте между теоретическими рекомендациями и практической деятельностью медицинских сестер в травматологическом и хирургическом отделениях.

Глава 2 Основные компоненты ухода в послеоперационном периоде

.1 В травматологическом отделении послеоперационный период включает ликвидацию общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операционной травмой, период заживления раны и развития адаптационных и компенсаторных механизмов. При неосложненном послеоперационном периоде восстановление жизненно важных функций организма происходит довольно быстро, и мероприятия сводятся в основном к ликвидации и профилактике воспалительных процессов (если они имеются), профилактике легочных осложнений (дыхательная гимнастика, банки), контролю за мочеиспусканием и дефекацией (борьба с парезом кишечника и задержкой мочеиспускания), гигиеническим процедурам. Профилактикой многих осложнений является активное ведение больного и раннее вставание. Контроль за состоянием раны осуществляют при перевязках. Швы снимаются на 7-9-й день. Каждая перевязка включает в себя пять этапов: снятие старой повязки и туалет кожи; выполнение манипуляций в ране; защита кожи от выделений из раны; наложение новой повязки; фиксация повязки[10,13].

Как правило, бинт разматывает санитарка. Снимая бинт, не нужно его скручивать, так как нижние слои его могут оказаться инфицированными. Бинты, сильно пропитанные кровью или гноем, не разматывая, разрезают ножницами для снятия повязок. Для снятия липкого пластыря его полоски смачивают бензином, а при отклеивании придерживают кожу рукой.

Наклейку пинцетом снимает хирург, производящий перевязку. Для этого перевязочная сестра подает корнцангом хирургический пинцет. Старую наклейку всегда следует снимать в направлении вдоль раны от одного конца к другому, так как тяга поперек раны увеличивает зияние и причиняет боль. Снимая повязку, следует придерживать кожу, слегка придавливая ее шпателем, пинцетом или марлевым шариком, не позволяя ей тянуться за повязкой. Прочно присохшую повязку отслаивают шариком, смоченным раствором перекиси водорода или изотоническим раствором хлорида натрия[16].

Во время нашей практики мы смогли понаблюдать, как проходит процедура перевязки у пациентов, как в травматологическом отделении, так и в хирургическом отделении. К сожалению, в момент нашего пребывания нам не удалось увидеть пациентов после эндопротезирования или других современных вмешательств. Однако мы в полной мере смогли изучить тактику введения пациентов с переломами костей. Так в перевязочном кабинете нам удалось присутствовать при смене лангетной повязке при закрытом переломе костей голени на постоянную, гипсовую повязку. Медицинская сестра сама в присутствии врача сняла бинты и лангентную повязку, фиксирующую конечность. После осмотра врача который отметил спадение отека с конечности, и возможность наложения постоянной гипсовой повязки, после чего врач покинул перевязочный кабинет. Медицинская сестра перевязочного кабинета самостоятельно зафиксировала конечность в физиологическом положении и наложила гипсовую повязку. Такая процедура требует больших знаний, умения и ответственности, что конечно не может не свидетельствовать о большой роли медицинской сестры в уходе и лечении за пациентами за пациентами в травматологическом отделении.

.2 В каждом отдельном случае в зависимости от характера заболевания назначается строго индивидуальная диета. Нарушение послеоперационной диеты может вызвать тяжелые осложнения, поэтому средний и младший медицинский персонал должен внимательно следить за состоянием больного после операции и за соблюдением установленной послеоперационной диеты. В послеоперационном периоде наблюдается значительное обезвоживание организма. Больной теряет много жидкости при кровотечении во время операции, высыхании тканей, потении, рвоте в послеоперационном периоде. По этим причинам у оперированных обычно развивается сильная, иногда мучительная жажда. Для утоления ее и устранения явлений обезвоживания после операции, произведенной под местной анестезией на поверхностно расположенных органах и тканях, оперированному разрешается пить простую или минеральную воду, чай, клюквенный морс и соки без ограничения[17].

После операций под общим обезболиванием и на внутренних органах обильное питье может вызвать неблагоприятные последствия и осложнения. После этих операций (в первые часы) приходится ограничивать больных в приеме жидкости. Разрешается только обтирание языка и губ, полоскание полости рта, а жидкость вводят парентерально, при помощи подкожных или капельных внутривенных вливаний изотонического раствора, хлорида натрия, раствора глюкозы, плазмозаменителей до 2 л в сутки. Питание после операции под местной анестезией может быть начато, если это позволяет произведенное вмешательство.

Послеоперационные осложнения могут быть связаны как с обезболиванием, так и с самой операцией, и с реакцией организма на операцию. Наиболее грозными осложнениями являются коллапс, шок, кровотечение, тромбоз и эмболия, отек легких, сердечно-сосудистая недостаточность.

Шок и коллапс развиваются непосредственно после операции под влиянием потока болевых импульсов. При этом наблюдаются побледнение кожи, цианоз, частый пульс (до 140 в минуту), падение артериальное давление. Кровотечение утяжеляет коллапс и шок.

Тромбоз отдельных вен (часто нижних конечностей) развивается на 2-4-е сутки. Отрыв тромба может привести к эмболии легочных артерий. Эмболия крупных ветвей часто заканчивается смертью.

Отек легких может возникнуть при закупорке слизью дыхательных путей, при вливании чрезмерно больших количеств жидкостей, при резком падении артериального давления и при острой левожелудочковой недостаточности. При отеке легких отмечаются резкая одышка, клокочущее дыхание, обильные влажные хрипы в легких и пенистая слизь в трахеобронхиальном дереве, резкий цианоз.

Сердечно-сосудистая недостаточность развивается после больших травматичных операций у больных с имевшимися до операции изменениями в сердечно-сосудистой системе. Но нужно здесь указать, что в травматологических отделениях почти не встречаются вышеуказанные патологии, потому что больной после в раннем послеоперационном периоде находиться в хирургической реанимационной палате под интенсивным наблюдением[18].

Во время прохождения практики мы присутствовали на ампутации конечности возникшая в силу, которая была проведена пациенту с сильным повреждением левой ноги раздробленными костями, голени размозжения мягких тканей, и инфицированием раны. В силу невозможности сохранения конечности и с целью сохранения жизни больному была проведена ампутация на уровне нижней третьи левого бедра. После операции больной был транспортирован в отделение реанимация. Таким образом, осложнения раннего периода (шок, коллапс, отек легкого, тромбоэмболия) почти невозможно встретить в отделении травматологии. Но медицинскому персоналу необходимо проводить профилактику поздних послеоперационных осложнений

.3 Из осложнений более позднего периода (4-8-й день) могут наблюдаться послеоперационные пневмония, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (икота, рвота, отрыжка, поносы, метеоризм, запоры), задержка мочеотделения и т. д. Все это говорит о том, что больной в послеоперационном периоде подлежит самому тщательному наблюдению.

Таким образом становиться понятным, что в послеоперационном периоде важно не только основное лечение, но и обеспечение правильного режима, правильный уход за пациентом (физический режим, санитарно-гигиенические условия, питание, помощь при отправлении физиологических потребностей и проведение различных процедур, направленных на уменьшение проявлений заболевания)[16]. Правильный уход предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения. Он строится на принципах охранительного режима, оберегающего и щадящего психику больного. Устранение всякого рода чрезмерных раздражителей, обеспечение тишины, покоя создание уюта способствуют поддержанию у больного оптимистического настроения, уверенности в благополучном исходе болезни. Успешное выполнение многочисленных мероприятий по уходу требует не только соответствующих навыков, но и сострадательного отношения к больному душевной щедрости. Болезни, физические страдания порождают повышенную раздражительность, чувство тревоги, ощущение неудовлетворенности, иногда даже безысходности, недовольство, обращенное к медицинскому персоналу или близким. Противопоставить этому тягостному мироощущению нужно чуткость, такт, уменье ободрить поддержать больного. Важно также оградить больного от отрицательно влияющих факторов и от чрезмерного внимания к своему состоянию. Для общей картины нашего представления главных принципов ухода за больными нам нужно рассмотреть каждый пункт в отдельности.

.4 Режим физической активности больного зависит от тяжести состояния. Положение пациента в постели может быть активным, если больной способен самостоятельно поворачиваться, вставать с постели, ходить, и пассивным, если больной не может сам двигаться и сохраняет то положение, которое ему придали, что чаще наблюдается при бессознательном состоянии или при нарушении мозгового кровообращения.

При разных заболеваниях назначают строгий или нестрогий постельный режим, полупостельный или свободный, с различной степенью активности. Некоторые состояния вынуждают больных находиться в длительном, даже постоянном, постельном режиме. Такой режим обеспечивает не только более экономное использование сил больного при снижении резервных возможностей жизненно важных органов, но и равномерное и постоянное тепло. Однако соблюдение длительного физического покоя сопряжено с рядом отрицательных последствий. Длительная неподвижность вызывает снижение мышечного тонуса, нарушение физиологических рефлексов, замедление скорости кровотока, повышение свертываемости крови, что способствует возникновению осложнений - воспалению легких застойного происхождения, заболеванию вен, закупорке сосудов, атрофии мышц, изменениям в суставах, нарушению деятельности кишечника и мочевого пузыря, образованию пролежней и др.[20,23].

Таким образом, чрезмерно строгий режим физического покоя вместо пользы может принести вред, замедляя и затрудняя процесс восстановления или поддержания здоровья. Поэтому в настоящее время врачи сокращают сроки постельного режима, включают раннее расширение объема физической активности, самообслуживание и физическую тренировку даже при таком заболевании, как инфаркт миокарда[35,39]. Конечно, решает вопрос о выборе двигательного режима и объема нагрузок только врач, но все же следует знать, что даже при строгом режиме больной в большинстве случаев в состоянии самостоятельно умываться, бриться, принимать пищу, причесываться, читать литературу и т. д. Конечно, для этого должны быть созданы соответствующие условия (подголовник, откидной столик), что и должно быть организовано медицинской сестрой.

При полупостельном режиме больного, его шире привлекают к выполнению некоторых несложных обязанностей по самообслуживанию, постепенно их расширяя. Лечебную физкультуру (например, дыхательную гимнастику), гигиеническую гимнастику проводят под контролем самочувствия больного и руководством медицинской сестры. Гораздо сложнее обязанности ухаживающей медицинской сестры в тех случаях, когда пациент не может двигаться и занимает пассивное или вынужденное положение, например при бессознательном состоянии, параличе, резкой слабости. Уход за больными не только поддерживает физиологические функции организма и облегчает состояние пациента, но и активно участвует в процессе восстановления состояния его здоровья, трудоспособности[37,38].

Конечно, большинство пациентов травматологических отделений не имеют крайне строгого постельного режима и даже могут себя обслуживать пользуясь костылями и другими приспособлениями, но есть отдельная группа больных, процент которых особенно в зимнее время может достигать 30%-35% это больные с переломом шейки бедра. В основном женщины страдают от остеопароза, в этом случае устанавливается строгий постельный режим, длительность его велика в силу плохой заживляемости. Поэтому наиважнейшей задачей ухода за такими пациентами становятся профилактика пролежней и застойных пневмоний. Наше наблюдение показало, что медицинские сестры проводят качественную профилактику за время нахождения нас в отделении, мы не обнаружили ни одного пациента с осложнениями, неоднократно оказовали помощь палатным медицинским сестрам в проведении профилактических мероприятий и процедур, типо «отстукивающей массаж» и подключение и регулирование аппарата для нагнитания воздуха в противопролежневый матрац[44]. Большинство профилактических процедур проводились медицинскими сестрами, они же обучали родственников этим процедурам. Иногда младшие медицинские сестра также учавствовали в данных мероприятиях. Таким образом мы смогли на практике убедиться в главной роли медицинской сестры в процессе ухода за больным в послеоперационном периоде.

.5 Но прежде чем приступить к уходу больного необходимо его правильно транспортировать из операционной или реанимационной палаты в отделение. Очень важна правильная транспортировка больного. Тяжелобольных перевозят осторожно, избегая толчков, на специальном кресле, каталке или переносят на носилках. Носилки с больным несут 2 или 4 человека, идя не в ногу, короткими шагами. Переноску на руках и перекладывание больного могут осуществлять 1, 2 или 3 человека. Если больного переносит 1 человек, то он подводит одну руку под лопатки, другую - под бедра больного; при этом больной держит несущего руками за шею. При перекладывании тяжелобольного с носилок на постель носилки ставят под прямым углом к кровати так, чтобы ножной конец носилок был ближе к головному концу кровати. Перед перекладыванием тяжелобольного на постель проверяют ее готовность, наличие прикроватных принадлежностей и индивидуальных предметов ухода[41]. Для тяжелобольных необходимы: подкладная клеенка, мочеприемник, резиновый круг, подкладное судно. Постель больного должна быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью, удобной и опрятной. Желательно использовать многосекционный матрац, поверх которого кладут простыню, при необходимости под простыню подкладывают клеенку. В ряде случаев, например при поражениях позвоночника, под матрац кладут твердый щит. Желательно такое размещение кровати, которое позволяет подойти к больному с обеих сторон, кровать не следует ставить рядом с источниками обогрева помещения[21].

Тяжелобольным помогают раздеться, снять обувь, в особых случаях при необходимости одежду осторожно разрезают. Вышеуказанные мероприятия проводятся совместно младшим медицинским персоналом и медсестрой, но главную организационную роль отводят все же медсестре, потому что она осведомлена об особенностях состояния того или иного пациента из истории болезни или со слов врача.

Саму транспортировку осуществляли в нашем отделении санитарки, но процесс перемещения пациента с кровати на каталку и обратно кардинировался медицинской сестрой, что конечно указывает на организационное окончание роли медицинской сестры в уходе за больными.

Все предметы ухода, необходимые инструменты и инвентарь должны храниться в определенном месте и быть готовыми к употреблению. Подкладные судна, мочеприемники, пузыри для льда, грелки, резиновые круги после промывания горячей водой и ополаскивания 3% раствором хлорамина хранят в специальных шкафах. Газоотводные трубки, зонды, катетеры и наконечники клизм моют горячей водой с мылом и кипятят в течение 15 мин. Наконечники клизм хранят в отдельной маркированной посуде. Мензурки, поильники, банки кипятят. При возможности рекомендуется использовать предметы ухода и инструменты одноразового пользования. Медицинский инвентарь (кровати, носилки, кресла, каталки, шкафы и др.) периодически дезинфицируют 3% раствором лизола и хлорамина, ежедневно протирают мокрой тряпкой или моют с мылом[22]. Многие из вышеперечисленных мероприятий проводятся лично медицинской сестрой, а выполнение остальных должны ею контролироваться обязательно!

Травматологическое отделение не является исключением из того правила, что медицинские сестры организуют санитарскую работу, а младшие медицинские сестры ее выполняют (например: раствор хлорамина готовится медицинской сестрой, а потом уже может быть использован санитаркой).

Мы уже упоминали о питании больных. Сейчас хотелось бы остановиться более подробно на этом вопросе. Одним из основных принципов лечебного питания больных в стационаре является режим питания и сбалансированность пищевого рациона (количество пищевых продуктов, обеспечивающих суточную потребность человека в питательных веществах и энергии), т. е. соблюдение определенного соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ и воды в нужных для организма человека пропорциях. В настоящее время существует 15 основных диет, или столов лечебного питания[6,19]. При назначении диеты учитывают характер заболевания, степень имеющихся нарушений в тех или иных органах, в связи с чем вносят соответствующие изменения в состав пищевых рационов, исключают определенные продукты, изменяют технологический режим приготовления пищи. В организации питания больных, находящихся в стационаре, принимают участие, как медицинские работники, так и работники пищеблока. Врач, проводящий обследование и лечение больного, назначает ему определенную диету, делая соответствующую пометку в истории болезни. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет.

Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль за качеством продуктов, их закладкой, приготовлением пищи, доставкой в отделения) возлагают на диетсестру. Раздачу готовой пищи производят только после снятия пробы дежурным врачом стационара. Пища на пищеблоке готовится согласно порционнику, который ежедневно составляет главная сестра больницы. Раздачу пищи больным производят буфетчицы.

Тяжелобольным пища привозится в палату в теплом виде на специальных передвижных столиках с подогревом. Перед приемом пищи должны быть закончены все лечебные процедуры. Одним больным нужно только помочь сесть, грудь прикрыть клеенкой или фартуком, другим - придвинуть прикроватный столик и придать полусидячее положение, приподняв подголовник, третьих нужно кормить. При кормлении тяжелобольного медицинская сестра левой рукой немного приподнимает голову больного, а правой подносит ему ложку или специальный поильник с пищей ко рту. При искусственном питании через желудочный зонд можно ввести любую пищу в жидком и полужидком виде, предварительно протерев ее через сито. К пище обязательно надо добавлять витамины. Обычно вводят молоко, сливки, сырые яйца, бульон, слизистый или протертый овощной суп, кисель, фруктовые соки, распущенное масло, чай.

Искусственное питание через желудочный зонд проводится следующим образом:

) стерильный тонкий зонд смазывают вазелином и вводят через носовой ход в желудок, придерживаясь направления, перпендикулярного поверхности лица. Когда 15-17 см зонда скроется в носоглотке, голову больного слегка наклоняют вперед, указательный палец руки вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. Если состояние больного позволяет и нет противопоказаний, то во время введения зонда больной сидит, если больной находится в бессознательном состоянии, то зонд вводят в положении лежа, если возможно, под контролем пальца, введенного в рот. После введения надо проверить, не попал ли зонд в трахею: к наружному концу зонда надо поднести пушинку ваты, кусочек папиросной бумаги и посмотреть, не колышутся ли они при дыхании;

) через воронку (емкостью 200 мл) на свободном конце зонда под небольшим давлением медленно вливают жидкую пищу (3-4 стакана) небольшими порциями (не более глотка);

) после введения питательных веществ для промывания зонда вливают чистую воду. Если зонд нельзя ввести в носовые ходы, то его вводят в рот, хорошо фиксируя к коже щеки[6].

Другим видом искусственного питания является ректальное питание - введение питательных веществ через прямую кишку. С помощью питательных клизм восстанавливают потери организма в жидкости и поваренной соли[19].

Применение питательных клизм очень ограничено, т. к. в нижнем отделе толстого кишечника всасываются только вода, физиологический раствор, раствор глюкозы и спирт.

В тех случаях, когда с помощью энтерального питания нельзя обеспечить организм больного требуемым количеством питательных веществ, используют парентеральное питание.

Жидкость в количестве 2-4 л в сутки можно вводить капельным способом в виде 5 %-ного раствора глюкозы и раствора поваренной соли, сложных солевых растворов. Глюкозу можно вводить также внутривенно в виде 40 %-ного раствора. Необходимые организму аминокислоты можно ввести в виде белковых гидролизаторов (аминопептида, гидролизии Л-103, аминокровии), плазмы[].

Препараты для парентерального питания чаще всего вводят внутривенно. При необходимости частого и длительного их применения производят катетеризацию вен. Реже используют подкожный, внутримышечный, внутриартериальный способы введения.

Во время нашей практики нам не удалось увидеть зондового кормления, но небольшому числу пациентов все же понадобилась помощь в процессе кормления. Так медицинской сестре пришлось помочь пациенту с переломом ребер занять удобное положение, придвинуть прикроватный столик, понадобилась помощь в кормлении пациентки с переломом шейки бедра, а так же больному с укушенной раной правой кисти, так же медицинская сестра провела разъяснительно-ознакомительную беседу с родственниками выше указанной больной, по поводу кормления и принципов лечебного питания (она рассказала родственникам о необходимости давать больной продукты, послабляющего действия - свёкла, курага, чернослив, для профилактики запоров). Этот факт, несомненно, служит еще одним показателем, организаторской функцией медицинской сестры на период ухода за больными в послеоперационном периоде.

.6 Поддержание требуемого санитарно-гигиенического режима в больничных помещениях играет огромную роль в работе стационара, организации лечебного процесса и ухода за больными, а также в профилактике многих заболеваний. Нарушения требований и правил санитарного режима приводит к загрязненности помещений, размножению патогенных микроорганизмов, распространению различных насекомых. Так, плохая вентиляция палат приводит к повышению уровня бактериальной зараженности воздуха, а сохранение остатков пищи в буфете и несвоевременное удаление пищевых отходов способствуют появлению тараканов. Несоблюдение санитарного режима увеличивает опасность распространения внутрибольничных инфекций - инфекционных заболеваний, которые возникают у больных, находящихся в стационарах, или у медицинских работников, связанных с лечением и уходом за пациентами, в результате нарушений правил асептики и антисептики, т. е. мероприятий, направленных на борьбу с возбудителями различных инфекций. А как мы знаем это два основных понятия, с которыми знакомится каждый средний медицинский работник в процессе своего обучения этой благородной профессии. При организации санитарного режима в больнице существенные требования предъявляют к освещению, вентиляции и отоплению, т. е. созданию в больничных помещениях определенного микроклимата[23,25].

Поддержание санитарного режима предусматривает регулярную тщательную уборку помещений и территории больницы. Мусор из корпусов и отделений выносят в металлические бачки с плотно закрывающимися крышками и своевременно вывозят.

Уборка больничных помещений должна быть обязательно влажной, поскольку мытье уменьшает микробную загрязненность помещений и поверхностей предметов[26,40].

Обеззараживание может быть достигнуто различными способами. Так, кипячение широко применяют для дезинфекции посуды, белья, предметов ухода за больными. Ультрафиолетовое излучение ртутно-кварцевых и ртутно-увиолевых ламп используют для обеззараживания воздуха в палатах, процедурных кабинетах, операционных. Здесь нужно уточнить о том, что уборку непосредственно провидит младший медперсонал, но его работу контролирует старшая медсестра отделения.

Для дезинфекции наиболее часто применяют хлорсодержащие соединения (хлорную известь, хлорамин, гипохлорит кальция, натрия и лития и др.). Антимикробные свойства препаратов хлора связаны с действием хлорноватистой кислоты, выделяющейся при растворении хлора и его соединений в воде[23,25].

Раствор хлорной извести готовится по определенным правилам: 1 кг сухой хлорной извести разводят в 10 л воды, получая при этом так называемое 10 %-ное хлорно-известковое молоко, которое оставляют в специальном помещении в темной посуде на 1 сутки. Затем осветленный раствор хлорной извести сливают в соответствующую емкость из темного стекла, помечают дату приготовления и хранят емкость в затемненном помещении, поскольку активный хлор на свету быстро разрушается. В дальнейшем для влажной уборки используют 0,5 % осветленный раствор хлорной извести, для чего, например, берут 9,5 л воды и 0,5 л 10 % раствора хлорной извести. Раствор хлорамина чаще всего применяют в виде 0,2-3% раствора (преимущественно 1 %). Нужно подчеркнуть, что приготовлением растворов занимается средний медицинский персонал[25].

Влажную уборку больничных помещений проводят ежедневно. В палатах, коридорах и кабинетах - утром, после подъема больных. Влажную уборку обязательно завершают проветриванием палат, поскольку хождение больных и медперсонала, перестилание постелей сопровождаются увеличением бактериальной загрязненности воздуха.

Заметим, что поддержание необходимого санитарного состояния в больницах предполагает не только строгое выполнение медицинским персоналом и больными санитарных норм и режима влажной уборки различных помещений, но также и соблюдения медицинским персоналом и больными правил личной гигиены.

Именно из этих соображений медицинские осмотры среди среднего медицинского персонала имеют жесткие условия и определенные временные границы.

2.7 Помощь при отправлении физиологических потребностей является неотъемлемой задачей среднего медицинского персонала. Больные, находящиеся на постельном режиме, вынуждены совершать физиологические отправления лежа. В таких случаях больным подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи). Если тяжелобольной, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, его желательно отгородить от других больных ширмой. Вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды (для устранения запаха) подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях, и, помогая ему свободной рукой приподнять таз[21].

Судно после использования тщательно моют горячей водой и дезинфицируют 1-2 % раствором хлорной извести, 3 % раствором хлорамина или лизола или в растворе дезинфектанта соответствующего назачения.

При подаче мочеприемника надо учитывать, что далеко не все больные могут свободно помочиться, лежа в постели. Поэтому мочеприемник должен быть обязательно теплым. В некоторых случаях (при отсутствии противопоказаний) даже целесообразно положить теплую грелку на надлобковую область. После мочеиспускания мочеприемник опорожняют и промывают. Один раз в сутки мочеприемник нужно ополоснуть слабым раствором перманганата калия или хлористоводородной кислоты, чтобы устранить образующийся на его стенках осадок с запахом аммиака. Вышеописанные мероприятия проводят младшие медицинские работники. Если же возникают проблемы с физиологическими отправлениями, что зачастую наблюдается в послеоперационном периоде, то необходимо вмешательство медицинской сестры, которые выполняют постановку клизм и мочевых катетеров. Клизмой называется введение через прямую кишку различных жидкостей с диагностической или лечебной целью[15,17]. Очистительные клизмы используют при упорных запорах, которые часто преследуют пациента в послеоперационный период. Очистительную клизму ставят с помощью стеклянной или резиновой кружки Эсмарха. Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется обычно 1-1,5 л теплой воды (25-35 °C). При атонических запорах можно применять воду более низкой температуры (12-20 °C). При спастических запорах используют воду с температурой 37-42 °C. Для усиления очистительного действия клизмы иногда добавляют 2-3 ст. л. глицерина или растительного масла или растворяют в воде 1 ст. л. стружки детского мыла. Положение больного при клизме - на левом боку с согнутыми в коленях ногами, подтянутыми к животу. После окончания введения жидкости больного просят воздержаться от дефекации в течение 5-10 мин (удержать воду). Использованные наконечники моют теплой водой с мылом и кипятят. При упорных запорах, особенно спастических, применяют масляные клизмы. Для этого используют 100-200 г подогретого до температуры 37-38 °C любого растительного масла, которое вводят в прямую кишку с помощью резинового грушевидного баллона или шприца Жане[15].

При атонических запорах используют гипертонические (солевые) клизмы. 50-100 мл 10 %-ного раствора хлорида натрия или 20-30 %-ного раствора сульфата магния вводят в прямую кишку с помощью резинового баллончика или шприца Жане.

Задержка мочи (инурия) заключается в невозможности опорожнить мочевой пузырь и встречается при аденоме предстательной железы, в послеродовом периоде, после хирургической операции, при нарушении нервной регуляции функций мочевого пузыря вследствие заболеваний или повреждений нервной системы[17].

Острая задержка мочи, которая может возникнуть в послеоперационном периоде сопровождается сильными болями в надлобковой области с частыми безуспешными позывами к мочеиспусканию, беспокойным состоянием больного. Неотложная помощь при задержке мочи заключается в выведении мочи из мочевого пузыря методами рефлекторного воздействия (шум льющейся воды из крана, орошение половых органов теплой водой, применение грелки на надлобковую область), подкожного введения 1 мл 0,05 %-ного раствора прозерина[15]. Если данные мероприятия оказываются неэффективными, прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря у женщин производится с помощью резинового катетера, у мужчин - резинового или металлического катетера с соблюдением правил асептики и антисептики. Если невозможно катетеризировать мочевой пузырь (повреждена уретра, сдавлена аденомой или опухолью предстательной железы), прибегают к надлобковой пункции мочевого пузыря или наложению искусственного отверстия (цистостомии) с введением цистостомической трубки (осуществляется врачом, а уход за трубкой производится медсестрой).

.8.Проведение различных процедур так же лежит на плечах медицинских сестер, таких как термометрия, введение лекарственных препаратов, контроль гемодинамики, физиологических отправлений, а так же наблюдение за психо-эмоциональным состоянием пациента, в силу более плотного общения по времени, его с медсестрой, а не с врачом.

Более подробно хотелось бы остановиться на методах введения лекарственных препаратов, что является функциональной обязанностью медицинской сестры. В зависимости от агрегатного состояния выделяют твердые лекарственные формы (таблетки, драже, капсулы, порошки и др.), мягкие (свечи, мази и др.), жидкие (растворы, настойки, отвары) и газообразные (аэрозоли).

Вводить лекарственные средства можно через пищеварительный тракт (энтерально) или минуя его (парентерально) в виде инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных), нанесения их на кожу или слизистые оболочки, ингаляции и некоторых других методов (вагинальное, уретральное введение и т. д.). Энтеральный способ введения лекарственных средств является наиболее удобным, хотя он имеет и определенные недостатки, в частности возможность разрушения в желудке, а затем и в печени, что затрудняет количественный учет всосавшегося препарата, а также способность неблагоприятного действия на слизистую оболочку желудка и кишечника. При пероральном (через рот) введении лекарственных средств большое значение имеет их соотношение с приемом пищи. Практикуется также сублингвальное (под язык) введение лекарственных средств, которые быстро всасываются в полости рта и не разрушаются в печени. Так принимают нитроглицерин, валидол, метилтестостерон. За этим непосредственно отвечает палатная медсестра.

Особо хочется отметить педантичное выполнение своих профессиональных обязанностей палатными медицинскими сестрами травматологического отделения, даже такую процедуру, как раздача препаратов они выполняют строго по предписанию: дали таблетированную форму препарата пациенту и дождались пока он выпьет лекарство и только убедившись в правильности приема медикамента медицинская сестра покидала палату, такое поведение указывает на высокий уровень ответственности и профессионализма, который бывает у медицинской сестры понимающей свою значимую роль в процессе лечения и ухода.

Инъекцией называют введение лекарственных веществ с помощью их нагнетания под давлением в различные среды организма. Различают внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции[21,24].

Инъекционным методом введения пользуются и в тех случаях, когда пероральный прием оказывается невозможным, нецелесообразным или отсутствуют соответствующие лекарственные формы для приема внутрь.

Обычно инъекции проводят с помощью шприцев и игл. Шприцы различных видов состоят из цилиндра и поршня и имеют различный объем (от 1 до 20 и более см). Более тонкими являются шприцы для введения туберкулина, цена их деления составляет 0,02 мл. Специальные шприцы существуют для введения инсулина, деления на цилиндре этих шприцев нанесены не в долях см, а в единицах инсулина.

Перед инъекцией следует прочитать вслух, чтобы слышал врач, этикетку на ампуле или флаконе вводимого лекарства, убедиться в его прозрачности (появление хлопьев делает лекарство негодным к употреблению) и проверить срок его годности (дату стерилизации)[24].

После проверки надпиливают суженный конец ампулы специальной пилочкой, прокаленной на oгнe, и, обтерев место надпила ватой со спиртом, отламывают конец ампулы. Пользоваться пилочкой не обязательно, можно просто отломить конец ампулы, обернув его ватой, пропитанной спиртом. Пустые ампулы рекомендуется несколько часов сохранять, чтобы в случае необходимости можно было проверить, что было введено больному.

Держать шприц нужно так: цилиндр зажимают между I и III-IV пальцами, вторым пальцем придерживают муфту иглы, а пятым - рукоятку или стержень поршня (или наоборот).

Чтобы набрать лекарство из ампулы в шприц, берут его в левую руку (II палец лежит на муфте иглы, V - на рукоятке поршня) и вводят иглу в отверстие ампулы. Оттягивая правой рукой поршень (II палец левой руки теперь вместо иглы поддерживает ампулу), засасывают в него содержимое ампулы. Вводя иглу в ампулу, нужно стараться не прикасаться иглой к наружным стенкам ампулы[21,42].

Если стерильное лекарство во флаконе, то открывают флакон, вынимают из шприца поршень, сливают из флакона лекарство и затем наливают его в цилиндр, который держат вертикально. В цилиндр с лекарством вводят поршень и, повернув его вверх иглой, продвигают поршень вверх, вытесняя воздух.

Если больной находится в кабинете, можно приступить к инъекции, если же он в палате, то наполненный шприц кладут на стерильную крышку, прикрывают его (особенно иглу) стерильной марлевой салфеткой (под иглу тоже рекомендуется подложить стерильную салфетку), тут же помещают несколько тампонов, пропитанных спиртом, и палочку с йодом и направляются в палату[19,23].

Наиболее удобным местом для подкожных инъекций являются наружная поверхность плеча и бедра, подлопаточная область, и для введения некоторых препаратов (например, гепарина) - боковая поверхность брюшной стенки. После тщательной обработки кожи ватным шариком со спиртом левой рукой формируют кожную складку, а правой рукой берут приготовленный шприц, после чего в основание получившегося треугольника вводят иглу приблизительно на 1/2 ее длины. После прокола кожи шприц перекладывают в левую руку и медленно вводят его содержимое. Затем иглу быстро извлекают, а место укола вновь протирают спиртом и прижимают ватным шариком.

Для проведения внутримышечных инъекций чаще всего выбирают места, где достаточно хорошо развит мышечный слой: верхненаружный квадрант ягодицы, передненаружная поверхность бедра, подлопаточная область. При выполнении внутримышечных инъекций шприц с иглой длиной 8-10 см с широким просветом располагают перпендикулярно поверхности кожи и вводят иглу на глубину 7-8 см, придавливая левой рукой кожу вокруг места прокола. Непосредственно перед введением лекарственного вещества необходимо слегка оттянуть на себя поршень шприца, чтобы убедиться, что игла не попала в кровеносный сосуд[19,24].

Чаще всего для внутривенных инъекций используют вены локтевого сгиба, поверхностные вены предплечья и кисти, иногда - вены нижних конечностей. При проведении венепункции под локоть вытянутой руки больного помещают небольшую клеенчатую подушку, чтобы рука больного находилась в положении максимального разгибания. Выше места предполагаемой пункции накладывают жгут, причем с такой силой, чтобы пережатыми оказались только вены, а кровоток в артерии сохранился. Для увеличения наполнения вены больному предлагают несколько раз сжать и разжать кисть. Кожные покровы в месте инъекции тщательно обрабатывают спиртом. Пальцами левой руки целесообразно несколько натянуть кожу локтевого сгиба, что дает возможность фиксировать вену и уменьшает ее подвижность. Венепункцию обычно проводят в два приема: сначала прокалывают кожу, а затем - вену. При хорошо развитых венах прокол кожных покровов и стенки вены можно производить одномоментно[19]. Правильность попадания иглы в вену определяют по появлению из иглы капель крови. Если игла уже соединена со шприцем, то для контроля ее положения необходимо несколько потянуть на себя поршень: появление крови в шприце подтвердит правильное положение иглы. После этого наложенный ранее жгут распускают и медленно вводят в вену лекарственное вещество. После извлечения иглы и вторичной обработки кожных покровов спиртом место инъекции прижимают стерильным ватным тампоном, или накладывают на него на 1-2 мин давящую повязку. Внутривенные вливания применяют для введения в организм больного большого количества различных растворов (3-5 л и более), они являются основным способом так называемой инфузионной терапии. Внутривенные вливания применяют в тех случаях, когда необходимо восстановить объем циркулирующей крови, нормализовать водно-электролитный баланс и кислотно-основное состояние организма, устранить явления интоксикации при тяжелых инфекционных заболеваниях и отравлениях. Если необходимо быстро ввести лекарственное вещество (при шоке, коллапсе, тяжелой кровопотере), то пользуются струйными внутривенными вливаниями. Если лекарственный препарат должен поступать в кровеносное русло медленно, то применяют капельное введение.

Все процедуры проводились по назначению, выполнялись в определенный срок с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Сами пациенты оценивали качество проводимых над ними лечебных процедур на «отлично».

Таким образом, подводя итоги мы можем с уверенностью сказать о том, что роль медицинской сестры в уходе за больными в послеоперационном периоде в травматологическом отделении является не только главной значимой, но и организующей, а в отношении некоторых аспектов ухода еще и управляющей. По нашему мнению нам удалось даже через такую простую методику, как наблюдение доказать значимую роль медицинской сестры в организации процесса ухода. Тот анализ, который был нами проведен не является полным, но все же, может быть достаточным, чтобы сделать необходимый вывод. В данном исследовании нам являлся важным, совпадение теоретических и практических данных.

Заключение

Актуальность и целесообразность нашей работы подтверждена несомненными фактами - развитие травматологии шагнуло далеко вперед и так же, как любая другая хирургическая отрасль продолжает сталкиваться с осложнениями послеоперационном периоде[3]. Несомненную роль в выздоровлении пациентов имеет уход за ними в послеоперационном периоде[1,2]. В теоретической части нашей работы нам удалось достаточно глубоко раскрыть суть понятия «уход за больными» этот процесс осуществляется всем медицинским персоналом в послеоперационном периоде, но вопрос который стоял перед нами касался роли медицинской сестры в этом процессе. А любой процесс имеет определенные шаги, некую последовательность, а так же правила и принципы, а это значит, что процесс нуждается в организации. Ведь если этого не произойдет, то любой процесс либо прекратится, либо будет нарушен и приведет к непредсказуемым результатам[8].

Гипотеза о главной роли медицинской сестры в организации ухода была нами выбрана как доминирующая, а в дальнейшем с успехом доказана в практической части нашей работы. Каждое из поставленных нами задач была выполнена с определенной долей успеха.

Первая задача- это сбор теоретических данных касающихся темы нашей работы, была осуществлена в кратчайшие сроки, благодаря большому количеству информационных источников.

Вторая задача- это краткий образ основных понятий из изученной специальной литературы, в котором мы использовали метод теоретического анализа литературных источников, после их глубокого изучения.

Нашей третьей задачей было практическое подтверждение полученных теоретических знаний, сначала эмпирическим методом наблюдения, а затем методом сравнения между теоретическими данными и практической деятельностью медицинского персонала в травматологическом и хирургическом отделениях. Этот процесс мы осуществили как в процессе нахождения в отделении во время преддипломной практики, так и во время дежурств по собственному желанию в отделении травматологии.

Четвертая задача, которую мы смогли осуществить вполне успешно - это анализ полученных данных и формулировка выводов с разработкой рекомендаций в заключительной части нашей работы.

Таким образом мы в своей работе определили уход, как социально-трудовой процесс, включающий все элементы этой процессуальности. В том числе, протяженность во времени и в пространстве, определенную медико-социальную форму трудового действия. Уход является компонентом сестринского дела, а - это, в свою очередь есть социально-трудовой процесс, направленный на медицинское и компетентное выявление проблем человека (пациента), связанных с квалифицированной помощью и социальной поддержкой общего состояния здоровья. Результаты ухода в послеоперационном периоде, как социально-трудового процесса определяются здоровьем пациента, которому оказывается медико-социальная помощь и поддержка. Главный реализатор этого социально-трудового процесса - медицинская сестра.

Сестринский процесс во время ухода за послеоперационными больными предусматривает четкую схему действий, выполняемых медицинской сестрой по отношению к пациенту с целыо предупреждения, облегчения, уменьшения и сведения до минимума возникших проблем. Он состоит из пяти последовательных этапов. Каждый этап процесса является существенной стадией в решении основной проблемы- лечения пациента и может реализовываться в тесном единстве.

На первом этапе происходит обследование пациента и сбор информации о состоянии здоровья пациента для банка данных.

Второй этап сестринского процесса - анализ полученных в ходе исследования данных и установление проблем пациента. Эти проблемы делятся на существующие и потенциальные. Задача сестринской диагностики - установить все настоящее или возможные в будущем отклонения от комфортного, гармоничного состояния. Медицинская сестра рассматривает не заболевание, а реакцию пациента на болезнь.

Третий этап сестринского процесса - планирование сестринской помощи. План ухода координирует работу сестринской бригады, сестринский уход, обеспечивает преемственность, помогает поддерживать связи с другими специалистами и службами. План ухода за пациентом рассчитан на уменьшение риска некомпетентной медико-социальной поддержки.

Четвертый этап сестринского процесса - реализация плана сестринских вмешательств. Его целью является обеспечение соответствующего ухода за пациентом, т.е. оказание помощи в выполнение жизненных потребностей; выполнение назначений врача; обучение и консультирование пациента и членов его семьи.

Заключительный, пятый этап - оценка эффективности сестринского процесса. Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итого. Оценка эффективности и качества ухода проводится медсестрой в порядке самоконтроля. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче, то он повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств

Степень глубины нашего исследования можно считать удовлетворительным. Результаты, которые мы получили для проверки нашей гипотезы достоверны и объективны, а так же мы можем увидеть перспективы совершенствования нашей исследовательской деятельности в выбранном направлении.

В заключение нашей работы мы можем сформулировать целый блок выводов, которые мы заключили в краткие тезисы:

. Уход за больным в послеоперационном периоде - это целенаправленный процесс имеющий свою последовательность, принципы и структуру.

. Уход как любой процесс нуждается в организационном начале, необходимом направлять процесс ухода, управлять им и контролировать с возможностью корректировки на основе обратной связи.

. А поскольку уход за пациентами в послеоперационном периоде является еще и компонентом сестринского процесса, то это означает, что он подчиняется законам или основным принципам сестринского процесса.

. Медицинская сестра в сестринском процессе является главным центровым элементом вокруг, которой выстраиваются все виды деятельности. Из чего мы следовательно делаем вывод об управленческой роли медицинской сестры в процессе ухода.

.И хотя медицинская сестра главный реализатор этого социально-трудового процесса, в процессе ухода она должна быть прежде всего менеджером, поскольку любой вид деятельности нуждается в управлении.

. Четкие алгоритмы управления процессом ухода давно сформулированы и представлены в специальной литературе, а так же продолжают эффективно применяются на практике, создавая значительный вклад в выздоровлении пациента.

Рекомендации, которые мы могли бы сделать после завершения нашей работы, состоят из двух пунктов:

. Качественное, полноценное изучение и даже заучивание алгоритмов различных процессов в сестринском деле, таких как: процесс ухода за послеоперационными больными или подготовка к оперативным вмешательствам и т.д. - крайне необходимы современной медицинской сестре в ее практической деятельности.

. Точное и правильное выполнение заученных алгоритмов в трудовой деятельности медицинской сестры, будут способствовать сохранению целостности процесса организации ухода, а это значит, что процесс лечения и выздоровления будет протекать гладко с минимальным количеством риска. Это необходимо донести до каждого учащегося в медицинском учреждении.

Список литературы

1. Приказ МЗ РФ № 4 от 09.01.2001 г. «Об отраслевой программе развития сестринского дела в Российской Федерации»// Главная медицинская сестра. 2001 .-№ 3. (нормативные документы).

. Государственная программа развития сестринского дела в Российской Федерации // Медицинская помощь.- 1999.- № 2.- С. 3-8. (нормативные документы).

. Постановление Правительства Российской Федерации № 1387 от 05.11.1997 г. «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в российской Федерации» (нормативные документы).

. Баррет К., Ричардсон Д. Сестринский процесс и документация. -ВОЗ. Европейское региональное бюро. 1996. - Гл. 4 (монографии, статьи в научных сборниках)

. Бахтина И.С. Сестринское дело: менеджмент и лидерство. СПб.: «Синтез-Полиграф», 2002. (монографии, статьи в научных сборниках)

. Барановский В. В. Справочник медицинской сестры : Учеб. пособие/ В. Р. Вебер, Г. И. Чуваков, В.А. Лапотников. М.: «Медицина», 2001

. Греков И.Г. Сестринский процесс в послеоперационном периоде (стандарт профессиональной деятельности) // Мед. помощь. -1997.- №5.- С 47-48. (монографии, статьи в научных сборниках)

. Молвинских С.В. Научное обоснование путей совершенствования организации работы и последипломной подготовки организаторов сестринского дела в современных условиях : Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2003 (монографии, статьи в научных сборниках)

. Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения: материалы II Всероссийского съезда сред. мед. работников, 20-21 окт. 2004 г., г. Москва М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. (монографии, статьи в научных сборниках)

. Рябчикова Т.В. Сестринский процесс. [Текст] : курс лекций, сестринские технологии/ Рябчикова Т.В, Комаревцева Н.Б., под общ. ред. Рябчиковой Т.В Изд 1-е Москва./, «Феникс», 2003г.

.Сестринское дело: Сборник Всерос. учеб.-науч.-метод. центр по непрерыв. мед. и фармац. Образованию-М.: Б. и., 1994

. Вардосанидзе С.А., Комаревцева Н.Б., Лихота А.И. О повышении роли среднего медицинского персонала в организации и проведении лечебного процесса// Главная медицинская сестра. 2000. - № 2. - С. 37 (монографии, статьи в научных сборниках)

. Галкин P.A., Двойников С.И. Сестринское дело в хирургии [Текст]: Учеб. для студентов фак. высш. сестр. образования мед. ВУЗов, студентов мед. колледжей и уч-щ страны / Галкин P.A., Двойников С.И. под общ. ред. Галкина P.A. Изд. 2-е. Москва/: ГП "Перспектива", 1999.-350 с.

. Сестринское дело (Справочник ) [Текст] : курс лекций, сестринские технологии/ Сост. Т. С. Щербакова; под общ. Ред. Т.С. Щербакова Изд 1-е. - Ростов на Дону: «Феникс», 2003 - 345 с.

. Справочник по уходу за больными (Справочник ) [Текст] : курс лекций, сестринские технологии/ Айшат К. Д. Шилов В.Н. ; под общ. ред. А.Ф. Краснова Изд 1-е. - Самара : «Перспектива», 2003 - 673с.

. Головчинер И. Е. Организация медицинского ухода в соматических больницах для взрослых. Автореф. дис. . канд. мед. наук. JL, 1951.-11с. (монографии, статьи в научных сборниках)

. Вебер В.В. Основы сестринского дела : Учеб. пособие/ В. Р. Вебер, Г. И. Чуваков, В.А. Лапотников. М.: «Медицина», 2001

. Двойников С.И. Теория сестринского дела. [Текст]: Учеб. для студентов фак. высш. сестр. образования мед. ВУЗов, студентов мед. колледжей и уч-щ страны / Галкин P.A., Двойников С.И. под общ. ред. Двойникова С.И. Изд. 2-е. Москва/: : «Перспектива», 2002 - 255с.