Тема работы:

Острый живот. Роль медицинской сестры в подготовке пациента к операционному вмешательству

# 

СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 4](#_Toc32605711)

[1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДСЕСТРЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ОСТРОМ ЖИВОТЕ 7](#_Toc32605712)

[1.1 Понятие острого живота 7](#_Toc32605713)

[1.2 Предоперационная подготовка пациента при остром животе. Роль и задачи медсестры 15](#_Toc32605714)

[1.3.Особенности сестринской подготовки пациентов к экстренным операциям брюшной полости 22](#_Toc32605715)

[2 УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖИВОТА К ЭСТРЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ 28](#_Toc32605716)

[2.1.Анализ профиля пациентов отделения экстренной хирургии 28](#_Toc32605717)

[2.2.Анкетирование пациентов отделения экстренной хирургии 31](#_Toc32605718)

[2.3. Разработка рекомендаций начинающим медицинским сестрам и памятки пациентам 33](#_Toc32605719)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 36](#_Toc32605720)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 38](#_Toc32605721)

[Приложение 1 40](#_Toc32605722)

[Приложение 2 41](#_Toc32605723)

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы заключается в том, что «острый живот» (в дальнейшем ОЖ) является одним из наиболее распространенных клинических синдромов, которые развиваются при травматических повреждениях и острых хирургических заболеваниях брюшной полости и забрюшинного пространства. Появление симптомокомплекса определяет непосредственное направление больного в хирургический стационар. Таким образом, термин «острый живот» следует рассматривать не как медицинский жаргон, а как рабочую гипотезу на догоспитальном этапе, которая всегда требует, чтобы врач обследовал пациента, чтобы предпринять активные шаги для объяснения природы заболевания.

Причины острого живота многочисленны и могут быть сгруппированы следующим образом: травмы брюшной полости и забрюшинного пространства; острые воспалительные заболевания органов брюшной полости; перфорация полых органов; внутрибрюшинное кровотечение; острая кишечная непроходимость; острое нарушение мезентериального кровообращения.

Если у пациента развивается симптом острого живота, хирургу задают вопросы, требующие срочного ответа: вызваны ли существующие симптомы острой хирургической патологией? Нуждается ли пациент в операции, и какова степень срочности? Чтобы ответить на первый вопрос, следует упомянуть, что, несмотря на различные причины острого живота, его клиническая картина строго очерчена и определяется рядом кардинальных симптомов: болью, рвотой, задержкой газов, отсутствием стула, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки.

Медсестра играет одну из ведущих ролей в решении проблем медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинского обслуживания медперсонала в больницах. Функции медсестры разнообразны, и ее деятельность включает в себя не только диагностический и медицинский процесс, но и уход за пациентом для полной реабилитации пациента.

В клинической практике были внедрены новые методы диагностики, хирургические вмешательства и менее травматичные медицинские технологии.

К наиболее распространенным заболеваниям, требующим неотложной хирургической помощи, относятся: острый аппендицит; острый холецистит; острый панкреатит; непроходимость кишечника; ущемленные грыжы; прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки; желудочно-кишечные кровотечения. Заболевания различны как по клинической картине, так и по этиопатогенезу.

Их объединяет одно - все они представляют прямую угрозу жизни в случае несвоевременного лечения или, если медсестра неправильно подготовлена ​​к операции. Поэтому роль медсестры в предоперационном периоде играет значительную роль. Исход заболевания зависит от его качественной и быстрой подготовки больного к экстренной операции. Методы функциональной диагностики также играют важную роль в подготовке пациентов к операции, в которой медсестра принимает активное участие. Более быстрая и быстрая подготовка к операции снижает риск послеоперационных осложнений, которые, в свою очередь, приводят к летальному исходу.

Общее число послеоперационных осложнений составляет 43,7-63,8%, являясь причиной смерти 50-86% хирургических больных. В данной дипломной работе будут рассмотрены вопросы, связанные с участием медицинской сестры в подготовке больных к экстренным операциям.

Объект работы: исследование роли медсестры в предоперационной подготовке пациента при остром животе.

Предмет работы: роль медсестры в предоперационной подготовке пациента при остром животе.

Цель работы: Роль медсестры в предоперационной подготовке пациента при остром животе.

Задачи работы:

1. Рассмотреть особенности предоперационной подготовки пациента при остром животе;
2. Изучить современные принципы предоперационной подготовки пациента при остром животе;
3. Проанализировать сестринский процесс при предоперационной подготовке пациента при остром животе и роль медсестры в данном процессе.

Проблематика исследования заключается в том, что от не своевременного обращения и не точного диагноза, а так же от не качественной предоперационной подготовки случаются осложнения и летальные исходы.

Гипотеза работы: Благодаря профессиональной и качественной предоперационной подготовке, в которой важную роль играет медицинская сестра, осложнения и летальные исходы сводятся к нулю.

Структура работы состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы, приложений.

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДСЕСТРЫ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ОСТРОМ ЖИВОТЕ

# 1.1 Понятие острого живота

Острые хирургические заболевания брюшной полости известны среди всех хирургических заболеваний. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости означают заболевания, которые возникают внезапно, остро, сопровождаются болями различной степени тяжести, рано или поздно осложняющимися лечением перитонита, который не начался в нужное время и имеет ряд общих симптомов [6; 14].

Острое заболевание органов брюшной полости не всегда может быть распознано точно и быстро. Постоянное наблюдение за пациентом в течение длительного времени для объяснения диагноза недопустимо. Достаточно подтвердить, что у пациента острое хирургическое заболевание органов брюшной полости и ему необходима срочная госпитализация.

Именно в таких случаях выручает не очень точное, не очень конкретное, но полезное определение «острый живот».

Термин «острый живот» является собирательным понятием. Это один из наиболее распространенных синдромов, широко распространенных в медицинской практике. Термин относится к комплексу клинических симптомов, который развивает повреждения и острые заболевания органов брюшной полости. В общем, это отражает клиническую ситуацию, связанную с острой, внезапно развивающейся внутрибрюшной катастрофой, при которой обычно требуется неотложная хирургическая помощь [6].

«Острый живот» включает острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, непроходимость кишечника, ограниченные грыжи, перфорированные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечные кровотечения.

Острый аппендицит. Это острое воспаление червеобразного отростка. Картина заболевания очень различна, в зависимости от расположения червеобразного отростка, течения воспаления, клинических форм (простая, гнойная, диффузная и т. д.).

В большинстве типичных случаев начало заболевания характеризуется возникновением сильных болей в животе. Сначала боли могут носить приступообразный характер, они обычно постоянные, умеренные или незначительные, затем боль усиливается. Вначале боль может ощущаться в правой нижней части живота или в области живота, пупка и только через несколько часов локализуется в правой нижней части живота. У больного тошнота, рвота. Тошнота и рвота встречаются не во всех случаях. Начало рвоты, как правило, происходит один раз в начале заболевания, и частая и обширная рвота характерна для тяжелых, запущенных и сложных случаев, вплоть до возникновения перитонита (воспаление брюшины).

Температура немного повышается: до 37,5-38 градусов, но может быть высокой (39-40 градусов) или нормальной. В прямой кишке температура на один градус выше, чем в подмышечной впадине. Пульс соответствует температуре. Когда температура поднимается на один градус, пульс ускоряется до 10 ударов в минуту. Низкая температура и частые импульсы (более 100 ударов в минуту) указывают на тяжелое течение заболевания. Язык влажный, слегка обложен. Стул нормальный или тяжелый, меньше поноса. В начале заболевания брюшная полость симметрична, участвует в процессе дыхания.

При осторожной наружной пальпации живота пациент чувствует боль в нижней правой части живота. При более сильном надавливании усиливается боль в правой нижней части живота, ощущается напряжение мышц передней брюшной стенки. При осторожном постепенном надавливании рукой на месте и быстром удалении пациент чувствует сильную боль (положительный симптом Блумберга) [3; 6].

Течение острого аппендицита может быть нетипичным. Существует много общих симптомов при других заболеваниях органов брюшной полости: острый гастрит, перфорация желудка или язвы двенадцатиперстной кишки, воспаление желчного пузыря и поджелудочной железы, почек, гинекологические заболевания.

Перфорация желудка или двенадцатиперстной кишки. Когда язва желудка или двенадцатиперстной кишки перфорирована, внезапно возникают очень сильные боли в верхней части живота, в области желудка, напоминающие удар ножом. Боль быстро охватывает весь желудок, может вызвать шок. Пациент лежит неподвижно на спине или на боку, с поднятыми ногами, малейшее движение усиливает боль в животе. Пациент очень бледный, его лицо покрыто холодным потом, черты лица обострены, на лице выражение страха.

При осмотре живот сильно втянут, не участвует в дыхании. При ощупывании живота ощущается сильное напряжение брюшных мышц. Брюшная стенка твердая, как доска, даже незначительное нажатие на нее причиняет больному сильную боль. Симптом Блюмберга резко положителен (при нажатии на живот и быстром отнятии руки боль усиливается). Пульс в начале редкий, затем учащается и слабеет. Язык сохнет. Через несколько часов боли в животе могут на короткий срок утихнуть, состояние больного несколько улучшается.

Прободение язвы иногда напоминает картину, наблюдаемую при остром аппендиците. Но при прободении язвы боли возникают и остаются самыми сильными в верхней части живота, над пупком, а при остром аппендиците - около пупка, затем локализуются в области подвздошной ямки.

Прободение язвы часто возникает у страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, поэтому во всех случаях необходимо спросить больного об этом [3; 6].

Кровотечение из желудка или двенадцатиперстной кишки. Одним из осложнений язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки является язвенное кровотечение. Кровотечение возникает, когда стенки язвенной болезни перфорированы. Кишечное кровотечение является частым (у 20% пациентов) и серьезным осложнением (смертность достигает 10%) ряда патологических процессов. Кровотечение бывает острое и обильное или хроническое, рецидивирующее, не обильное.

При сильном кровотечении внезапно появляются слабость, головокружение, тошнота, у пациента появляется холодный пот, возможна кратковременная потеря сознания (обморок). Развивается коллапс. Кожа становится бледной, пульс учащается, давление падает. Перед кровотечением боль в животе усиливается, часто уменьшаясь или останавливаясь во время кровотечения. Через 1-2 часа у пациента начинается рвота кровью или содержимым желудка в виде кофейной гущи. Рвота обильная, повторная. С кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки кровавая рвота встречается реже. Через 6-12 часов или позже это жидкий стул с кровью, черного или дегтярного цвета.

В случаях хронического необильного кровотечения постепенно развивается малокровие. Выше упомянутые симптомы проявляются в меньшей степени.

У больного необходимо спросить, были ли у него до этого заболевания пищеварительного тракта, не установлена ли у него язвенная болезнь и ее обострение.

Желчнокаменная болезнь. По ряду причин (нарушение обмена веществ, злоупотребление жирной пищей) в желчном пузыре образуются камни. Их количество, размеры разные.

Желчнокаменная болезнь часто протекает бессимптомно и определяется случайно.

При смещении камней из желчного пузыря и их продвижении по желчным протокам или их закупорке возникают приступы острой боли - колики. Колики может спровоцировать жирная, обильная, жареная пища, употребление алкоголя и др.

Пациент жалуется на внезапные боли под правой грудной дугой. Боль может отдавать в правую лопатку, между лопатками, в правое плечо. Пациент беспокоится, мечется, стонет, потеет, начинается озноб. Пациента всегда тошнит, иногда возможна рвота. Живот вздут. При ощущении живота в правом подреберье по проекции желчного пузыря выявляются боли и напряжение мышц. Общее состояние больного остается удовлетворительным. Температура тела в норме. Пульс быстрый. Печеночная колика длится от нескольких минут до нескольких часов и может повторяться. При закупорке желчных протоков желтеют склеры (белковые оболочки глаз), кожа приобретает желтый цвет. Моча темнеет, приобретает цвет пива. Фекалии обесцвечены.

Если приступ не прекращается, продолжается постоянная боль в правом подреберье, повышается температура, возникает озноб, учащается пульс, следует подозревать воспаление желчного пузыря - острый холецистит.

Острый холецистит. Это воспаление желчного пузыря. Возможны обострения хронического холецистита, симптомы такие же, как при остром холецистите. В 90% случаев острый холецистит развивается на фоне желчнокаменной болезни, когда один из камней закрывает просвет желчного протока.

Внезапно под правой реберной дугой возникают сильные постоянные боли. Боли отдают в правую лопатку, плечо. Больной лежит, избегает движений, его тошнит, иногда возникает рвота. Живот несколько вздут, в правой части дыхательные движения уменьшены. При ощупывании живота ощущается напряжение мышц и болезненность области правого подреберья. При незначительном постукивании по правой реберной дуге боль усиливается. Иногда прощупывается увеличенный болезненный желчный пузырь. Симптом Блюмберга положителен. Температура повышается до 38-39 градусов С, знобит. Могут пожелтеть склеры и кожные покровы. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит (воспаление брюшины).

Острый панкреатит. Острый панкреатит - это воспаление поджелудочной железы, одно из самых серьезных заболеваний брюшной полости. Заболевание может возникнуть после травм живота, хирургических вмешательств на органах брюшной полости, острых нарушений кровообращения поджелудочной железы (тромбоз сосудов, сдавление), интоксикации, тяжелых аллергических реакций. В то же время важна роль факторов питания, особенно при приеме чрезмерного количества пищи, которая стимулирует секрецию мяса поджелудочной железы, жиров, особенно животного происхождения, сладких алкогольных напитков, типа ликера, в условиях нарушения оттока панкреатического сока, что характерно для больных желчнокаменной болезнью.

Болезнь начинается внезапно. Пациент жалуется на сильную, постоянную, часто опоясывающую боль в верхней части живота, выше пупка. Боль отдает с левой стороны, в левой лопатке и нижней части спины. У больного сильная рвота. Сухой язык, покрытый коричневым налетом. Кожа лица, живота, конечностей быстро синеет, отекает верхняя часть живота. Боль и вздутие живота охватывают весь живот. Кишечная моторика исчезает, газы не выходят. Развивается тяжелый коллапс. Пульс частый и слабый. Дыхание неглубокое. Температура может повыситься. При ощущении в области живота самые сильные боли ощущаются в верхней части живота. Боли в области левого поясничного ребра. С развитием перитонита проявляется симптом Блумберга.

Острый панкреатит следует отличать от желчнокаменной болезни, воспаления желчного пузыря, прободения язвы желудка, непроходимости кишечника [14].

Ущемление грыжи. Грыжа возникает при выпячивании под кожу через мышечно-сухожильное отверстие брюшной стенки живота (большой сальник, кишечная петля). Паховые, пупочные, бедренные, послеоперационные грыжи встречаются чаще. Грыжи развиваются из-за врожденной слабости брюшной стенки, длительной тяжелой физической работы при подъеме тяжелого предмета.

У больного усиливается выпячивание кожи в месте грыжи. При пальпации чувствуется выпячивание, мягкие ткани ощущаются, когда пациент лежит. Не ущемленная грыжа вызывает неприятное чувство напряжения, сдавливания.

Грыжа может быть ущемлена в любое время. Кишечная петля или большой сальник внезапно защемляются в его воротах. Когда грыжа зажата, возникает локализованная сильная боль, усиливающаяся при пальпации. Сначала боли пароксизмальные, затем непрерывные, охватывают весь живот. Больного тошнит, возникает рвота, вздутие живота, позднее задержка газов и стула. Развивается острая кишечная непроходимость.

Мышцы живота напряжены, симптом Блюмберга положителен. Общее состояние больного ухудшается.

Острая кишечная непроходимость. Обструкция кишечника возникает из-за нарушения движения кишечного содержимого. В зависимости от степени обструкции он делится на полный и частичный, а в зависимости от причины возникновения он делится на динамический (функциональный) и механический.

Динамическая непроходимость кишечника разделяется на спастическую и паралитическую. Спастическая непроходимость кишечника возникает в результате отравления некоторыми химическими или лекарственными материалами, при кишечных спайках, наличии инородных тел в кишечнике и др. Паралитическая непроходимость кишечника может развиваться вследствие желчнокаменной и мочекаменной болезни, воспаления брюшины, случаев травм органов брюшной полости и позвоночника.

Механическая обструкция кишечника происходит при внешнем сжатии кишечника через опухоль или спайки, когда в просвете кишечника происходит обструкция, инверсия кишечника и образование их узла.

Пациент жалуется на боли в животе. Боли различаются по интенсивности и поведению (постоянные, приступообразные, режущие). Боль постепенно усиливается. Газы, стул задерживаются, в результате чего желудок набухает. Пациента тошнит, начинается сильная рвота, сначала едой, потом желчью, потом с зловонным содержимым кишечника.

Состояние больного стремительно ухудшается. Черты лица заостряются, на лице выражение муки. Язык сухой, позднее обложенный, изо рта неприятный запах. Пульс учащается, давление падает. До сих пор державшаяся нормальной температура повышается.

При осмотре живота наблюдается его вздутие, часто асимметричность. Брюшная стенка не напряжена, симптом Блюмберга отрицателен. В начале перистальтика кишечника усиливается.

При развитии воспаления брюшины (перитоните) возникает напряжение брюшных мышц, симптом Блюмберга становится положительным, исчезает перистальтика кишечника.

Нередко заболевание развивается после перенесенных на брюшной полости операций, о которых свидетельствуют шрамы на брюшной стенке [6; 14].

Таким образом, все пациенты с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости подвергаются немедленной госпитализации в хирургическое отделение и требуют срочного хирургического вмешательства. Поэтому медсестра должна подготовить пациента к операции как можно скорее. Чем раньше сделана операция по поводу воспалительного процесса в брюшной полости, тем меньше вероятность развития такого серьезного осложнения, как перитонит. Первые меры, чтобы остановить кровотечение из язвы желудка, тем больше у него шансов спасти жизнь и здоровье пациента.

# 1.2 Предоперационная подготовка пациента при остром животе. Роль и задачи медсестры

Большинство пациентов, поступивших в хирургическое отделение, подвергаются операции. Каждое хирургическое вмешательство представляет собой сложный процесс, состоящий из трех этапов, каждый из которых играет одинаково важную роль в судьбе пациента. Этапы: предоперационная подготовка, операция и послеоперационный период.

Как бы блестяще технически не была произведена операция, одна она не может обеспечить успеха лечения, необходима предварительная подготовка, а также проверка работы жизненно важных органов и учет индивидуальных особенностей больного [15].

Предоперационный период - это время с момента принятия решения об операции до момента доставки пациента в операционную. Основная цель этого периода - минимизировать возможные осложнения во время и после операции.

Основные задачи при подготовке к операции:

· уточнить диагноз, показания к операции и сроки выполнения;

· выявить функциональное состояние основных органов и систем (сопутствующие заболевания);

· максимально исправить выявленные нарушения жизненно важных органов и систем;

· провести подготовку: психологическую, соматическую, специальную (по показаниям) непосредственно перед операцией и доставить больного в операционную [5; 9].

Внедрение процесса сестринского дела повышает роль и ответственность медсестры в осуществлении предоперационного процесса, как единого процесса активного ведения пациента.

Термин «сестринский процесс» только вводится в наше здравоохранение, он раскрывает сестринскую деятельность на современном уровне. Сестринский процесс необходим для осуществления системного подхода к оказанию сестринской помощи, ориентированной на потребности (проблемы) пациента [15].

Типичными проблемами пациентов с хирургическими заболеваниями являются: боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функции кишечника, дефицит самоухода и общения. Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медсестру основным звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больным сочувственное понимание крайней уязвимости пациента в критическом состоянии.

Главная задача медсестры заключается в решении проблем пациента с хирургической патологией. Она должна облегчить боль и страдание пациента, помочь в выздоровлении и восстановлении нормальной жизнедеятельности. В этой ситуации большую помощь пациенту оказывает медсестра.

Сестринский процесс - это метод научно-обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам [16].

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма, требующего комплексного подхода к личности пациента.

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:

1 этап - Сестринское обследование

2 этап - Сестринская диагностика

3 этап - Планирование

4 этап - Реализация плана ухода

5 этап - Оценка

Этапы сестринского процесса:

I этап - сестринское обследование или оценка ситуации для определения нарушенных потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов. Цель - собрать, оценить и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу о нем.

Процесс обследования начинается с момента поступления в стационар и диагностики хирургических проблем. Центральная роль в процессе предоперационного обследования принадлежит медсестре. Медсестра собирает сведения во время интервью при поступлении, во время психологического и физиологического обследования, а также ассистируя врачу при тех или иных диагностических процедурах. Комбинируя данные и знание о предполагаемом хирургическом вмешательстве, медсестра подготавливает сестринский план предоперационного ухода, включающий обучение пациента, физиологическую и физическую подготовку и мероприятия по психоэмоциональной поддержке [2;13].

В ряде случаев получить необходимые сведения можно из медицинской документации (амбулаторная карта, выписка из истории болезни и т.д.) о состоянии здоровья пациента в прошлом, о методах его лечения, о достигнутых результатах. Просмотр специальной медицинской литературы помогает медсестре хирургического отделения повысить образовательный уровень по необходимому вопросу и дополнить и завершить информационную базу о больном [15].

Например, при остром аппендиците

По словам пациентки, она жаловалась на постоянные режущие боли в правой подвздошной области, усиливающиеся от движения, тошноту, рвоту один раз с едой, слабость. Перечисленные симптомы появились около 10 часов назад. Больной себя считает в течение 10 часов, когда появились сильные боли в животе режущего характера. Сначала они локализовались в эпигастрии и имели диффузный характер. Затем боль уменьшилась и локализовалась в правой подвздошной области. Была тошнота и рвота едой. Не принимала обезболивающие. Боль усилилась. Больная позвонила в бригаду скорой помощи, которую передали в хирургическое отделение.

Конечным результатом первого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации.

II этап - определение проблем пациента - сестринское диагностирование. Сестринский диагноз-описание характер существующей или потенциальной ответной реакции пациента на нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей в связи с заболеванием или травмой, во многих случаях это жалобы пациента.

Основными методами сестринской диагностики являются наблюдение и беседа. Сестринская проблема определяет объем и характер ухода за пациентом. Медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на заболевание [5; 10].

Все сестринские проблемы делятся на:

- существующие - проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент;

Например, под наблюдением находится пациент, 57-и лет, с острым панкреатитом. Пациент находится на постельном режиме. Проблемы пациента, беспокоящие его в данное время - острая боль в верхней половине живота, часто опоясывающая; частая, мучительная рвота, не приносящая облегчения; плохой аппетит и сон, дефицит общения.

- потенциальные - проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени.

У нашего пациента потенциальными проблемами являются раздражительность, потеря веса, нарушение стула, снижение работоспособности.

Установив оба вида проблем, медсестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, медсестра должна определить систему приоритетов, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные.

К первичным приоритетам относят такие проблемы пациента, которые в условиях отсутствия лечения могут оказать пагубное влияние на больного.

Промежуточные приоритеты - не экстремальные и неопасны для жизни потребности больного.

Вторичные приоритеты - это потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу [5; 10].

Давайте вернемся к нашему примеру, где мы определяем существующие и потенциальные проблемы пациента и рассматриваем их с учетом приоритетов. Из существующих проблем первое, на что медсестра должна обратить внимание - это боль, частая рвота - первичные проблемы расположены в порядке важности.

Снижение аппетита, плохой сон, отсутствие общения - вторичные проблемы. Потенциальные проблемы, первыми из которых следует рассмотреть, являются вероятность потери веса и обезвоживания организма. Вторичное - раздражительность, снижение работоспособности. Для каждой выявленной проблемы медсестра излагает план действий, не игнорируя потенциальные проблемы, потому что они могут стать очевидными.

III этап - планирование сестринской помощи - процесс формирования целей (т.е. желаемых результатов ухода) и сестринских вмешательств, необходимых для достижения этих целей.

После обследования, установления диагноза и определения основных проблем пациента медсестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, приемы, т.е. сестринские действия, необходимые для достижения необходимых целей. При должной осторожности необходимо устранить все условия, которые осложняют заболевание, чтобы оно принимало его естественное течение.

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируется цели и план ухода. Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).

Долгосрочные цели достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретения медицинских знаний [12; 13].

Например, при остром холецистите

Краткосрочная цель: облегчение боли

Долгосрочная цель: снижение риска развития осложнений, таких как перитонит, и обострений.

После формулирования целей медсестра составляет план ухода за пациентом, который представляет собой подробный список конкретных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.

Медсестра обязана согласовывать действия с пациентом, получать его поддержку, одобрение и согласие. Таким образом, медсестра направляет пациента к успеху, демонстрирует достижимость целей и совместно определяет пути их достижения.

IV этап - реализация - осуществление плана сестринского ухода. Этот этап включает меры, которые принимает медсестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства:

Независимое - предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от других специалистов (например, измерение температуры тела, АД, частоты пульса и т.д.).

Зависимое - выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).

Взаимозависимое – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств) [12; 13].

Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода - при мелких хирургических вмешательствах, когда пациент после операции.

Постоянная помощь требуется больному на протяжении всей жизни-при осложнениях заболеваний.

Реабилитирующая помощь - длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, беседа с пациентом [12; 13].

Проводя четвертый этап сестринского процесса, медицинская сестра решает две стратегические задачи:

1.наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории болезни;

2.наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу.

V этап - оценка результатов. Целью пятого этапа является оценка реакции пациентов на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующее факторы:

-оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;

-оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре;

-оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента [2].

При необходимости план медсестры пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигнуты, оценка дает возможность увидеть факторы, препятствующие их достижению. Если конечный результат процесса ухода приводит к сбою, процесс ухода повторяется последовательно, чтобы найти ошибку и изменить график вмешательств по уходу.

Если цели достигнуты, проблема решена, медсестра подтверждает это соответствующей записью в истории болезни медсестры, подписью и датами.

Процесс ухода играет важную роль в уходе и лечении пациентов с хирургическими заболеваниями. Это помогает медсестре понять важность и значимость ее деятельности при подготовке пациента к операции. Медсестра записывает и контролирует свою деятельность и результаты работы.

Следует сказать, что метод сестринского ухода применим к любой области сестринской деятельности и может использоваться в различных медицинских учреждениях, причем не только в отношении каждого отдельного пациента, но и в группах пациентов, их семьях, обществе в целом.

# 1.3.Особенности сестринской подготовки пациентов к экстренным операциям брюшной полости

Экстренными называют операции, которые выполняют немедленно после поступления больного в стационар, поскольку задержка может привести к смерти пациента или вызвать развитие серьезных осложнений заболевания. Цель экстренной операции - спасти жизнь пациента, поэтому обследование перед операцией может быть минимальным или полностью отсутствовать.

Предоперационная подготовка проводится всем больным. В минимальном объеме и в кратчайшие сроки предоперационная подготовка проводится лишь больным, оперируемым по экстренным и неотложным показаниям [11].

Выздоровление пациента зависит не только от правильной операции, но и от тщательно проведенной предоперационной подготовки. Медицинский персонал хирургического отделения должен не только знать, как выполнять назначение врача, но также понимать, почему сделано назначение, каков положительный эффект процедуры и что не менее важно, потенциальные негативные последствия невыполнения данного назначения. При назначении конкретной схемы предоперационной подготовки врач должен разъяснить среднему и младшему персоналу цели и особенности подготовки к операции каждого пациента и контролировать соответствие назначений.

Психоэмоциональная подготовка больных к операции. Операция по своей сути является фактом агрессии против тела пациента. Именно так пациент подсознательно распознает предстоящее хирургическое вмешательство, полностью осознавая необходимость и потенциальную выгоду от операции. Поэтому беспокойство и страх пациентов являются естественными спутниками любой операции. Повреждение психики хирургических больных начинается с клиники, когда врач рекомендует хирургическое лечение, и продолжается в больнице во время предоперационного обследования и подготовки к нему. Предоперационный период психологически особенно сложен для пациента. Период характеризуется ощущением неуверенности, незащищенности, беспомощности, страха перед анестезией, хирургического вмешательства и последствий. Конечно, все люди способны это преодолевать, но практически каждый пациент нуждается в это время в особом внимании и поддержке [1;11].

В ожидании операции человек, естественно, переживает, его беспокойство оправдано. Ожидание болевых ощущений, а в некоторых случаях появление их беспомощности в послеоперационном периоде вызывает тревогу и депрессию у больного. Когда медсестра общается с пациентом, в любом случае она должна заменить врача и попытаться объяснить ему суть предстоящей операции. Но она должна поддерживать уверенность пациента в том, что благодаря высокой квалификации хирургов и анестезиологов, с помощью лекарств и других специальных методик, операция и послеоперационный период будут безболезненными. Важно убедить пациента в успехе лечения. Это сложная задача, которая в любом случае требует индивидуального подхода к больному человеку. Независимо от своего собственного настроения необходимо постоянно поддерживать бодрость духа у пациента, которому предстоит операция.

Медицинская подготовка к хирургической операции выполняется непосредственно медсестрой в соответствии с предписаниями врача. Медсестра также обеспечивает физическую подготовку пациента, направленную на предотвращение послеоперационных осложнений, подготовку кожи, ротовой полости и желудочно-кишечного тракта пациента к операции.

По возможности проводят общий анализ крови, мочи, определяют группу крови и резус-фактор, глюкозу крови, по показаниям осуществляют другие лабораторные и дополнительные методы обследования (УЗИ, рентгенография, фиброгастродуоденоскопия). Медицинский работник хирургического отделения должен помнить, что недобросовестное выполнение даже самых незначительных, на первый взгляд, мер по уходу за хирургическим больным может привести к трагическим последствиям.

Есть несколько основных принципов, которым медсестра должна следовать, чтобы предотвратить, по крайней мере, некоторые возможные осложнения.

Предварительная подготовка операционного поля. Медсестра проводит предварительную подготовку операционного поля, как один из способов предотвращения контактной инфекции.

Большое значение в предоперационной подготовке отводится реабилитации кожи пациента. Чистота кожи и отсутствие на ней воспалительных процессов является важной мерой предотвращения развития гнойного воспаления в послеоперационной ране. Не удаляют волосы перед операцией, если только волосы рядом с хирургическим полем или вокруг него не мешают его обработке. Если их необходимо удалить, это следует сделать непосредственно перед операцией, используя эпиляторы (кремы, гели) или другие методы, которые не травмируют кожу. По необходимости (обильное загрязнение, наличие сгустков крови и пр.) может быть выполнена частичная санитарная обработка [4; 17].

«Пустой желудок». Когда желудок полон, после инъекции в анестезию его содержимое может пассивно течь в пищевод, глотку и полость рта (регургитация), а оттуда с дыханием - в гортань, трахею и бронхиальное дерево (аспирация). Аспирация может вызвать удушье - засорение дыхательных путей, которое, если не будут приняты срочные меры, приведет к смерти пациента или серьезным осложнением - аспирационной пневмонии.

При экстренной операции времени на подготовку отводится мало. Если пациент утверждает, что в последний раз он ел 6 или более часов назад, при отсутствии некоторых заболеваний (острая кишечная непроходимость, перитонит и т. д.) в желудке не будет еды. Никаких специальных мер предпринимать не нужно. Если пациент принимал пищу позже, перед операцией необходимо промыть желудок толстой желудочной трубкой [11].

Опорожнение кишечника. Перед экстренной операцией этого делать не нужно - на это нет времени, а процедура трудна для пациентов, находящихся в критическом состоянии. Противопоказано выполнять клизмы во время неотложных операций при острых заболеваниях органов брюшной полости, поскольку повышение давления в кишечнике может привести к перелому стенки, механическая прочность которого может быть уменьшена из-за воспалительного процесса в брюшной полости.

Опорожнение мочевого пузыря. Опорожнить мочевой пузырь следует перед любой операцией. Для этого в подавляющем большинстве случаев больной перед операцией должен помочиться. Необходимость катетеризации мочевого пузыря встречается редко. Это необходимо, если пациент находится в тяжелом состоянии, находится в бессознательном состоянии или при выполнении специальных видов хирургических вмешательств (операции на органах малого таза).

Премедикация. [Премедикация](http://larece.ru/?p=19348) — введение лекарств перед операцией. Это делается за 30-40 минут до операции или на операционном столе, в зависимости от срочности. После введения лекарств пациент должен быть доставлен в операционную на каталке или в кресле, после проверки готовности персонала к анестезии и операции [20; 21].

Транспортировка пациента в операционную. Медсестра доставляет в операционную вместе с пациентом историю болезни, рентгеновские снимки, пробирку с кровью для постановки пробы на совместимость при возможной гемотрансфузии.

Медсестра перемещает больных осторожно, избегая резких движений и толчков. Их доставляют в операционную на креслах-каталках или носилках-каталках. Для каждого пациента каталка покрывается клеенкой, заправляется чистой простыней и одеялом. Укладывают больного на такую каталку, одев на его голову шапочку или косынку, на ноги — носки или бахилы.

В операционную больного транспортируют головой вперед на каталке хирургического отделения, а в предоперационной его перекладывают на каталку операционной и доставляют в операционный зал. Перед тем как привезти больного в операционный зал, медсестра должен убедиться, что там убрано окровавленное белье, перевязочный материал, инструменты от предыдущей операции. Пациента перекладывают на операционный стол в положение, необходимое для данной операции с учетом ее характера и состояния пациента. Следует правильно зафиксировать верхние, а при необходимости и нижние конечности [2; 11; 14].

Ответственность за перевозку пациентов несет медсестра, за транспортировку и перенос больного с наружными дренажами, системами для инфузии, эндотрахеальными трубками осуществляется с особой осторожностью.

Во всех случаях медсестра должна получить четкие инструкции от врача о том, сколько и к какому времени она должна выполнять свои обязанности.

Предоперационная подготовка пациента, включая наблюдения и исследования, приведенные выше, определяет благоприятный или неудовлетворительный результат операции, а также последующий послеоперационный период.

За счет предоперационной подготовки медсестры исключается возможность возникновения осложнений, подготавливаются жизненно важные органы пациента к хирургическому вмешательству, создается благоприятный психологический фон, поднимается система и все факторы способствуют скорейшему выздоровлению пациента.

# 2 УЧАСТИЕ МЕДИЦИНСОЙ СЕСТРЫ В ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖИВОТА К ЭСТРЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ

# 2.1.Анализ профиля пациентов отделения экстренной хирургии

Чтобы понять характер работы медсестры в отделении неотложной хирургии, необходимо знать группу пациентов.

Отделение экстренной хирургии является отделением неотложной помощи. Хирургический профиль состоит из пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

При изучении динамики числа пациентов, работающих в хирургическом отделении, было установлено, что их количество было относительно стабильным, поскольку итоговый фонд отделения не менялся в течение периода исследования. Доля пациентов, получающих хирургическое лечение, составила около 73% за этот период.

Таблица 1- Количество пациентов, лечившихся в отделении экстренной хирургии за 2017-2018гг.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Название заболеваний | Поступившие | | Прооперированные | |
| абсолютное количество | % | абсолютное количество | % |
| 1. | Острый аппендицит | 2889 | 23 | 2889 | 23 |
| 2. | Острый панкреатит | 2591 | 21 | 1374 | 16 |
| 3. | Острый холецистит | 2029 | 16,1 | 1676 | 19,4 |
| 4. | Непроходимость кишечника | 1853 | 14,7 | 633 | 6,9 |
| 5. | Ущемленная грыжа | 995 | 8 | 757 | 12,5 |
| 6. | Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки | 1401 | 11,1 | 1384 | 17,5 |
| 7. | Желудочно-кишечные кровотечения | 833 | 6,1 | 473 | 5,6 |
|  | Итого: | 12591 | 100 | 9186 | 100 |

Из приведенных выше данных видно, что количество пациентов, поступивших в больницу, составляет 12591, количество хирургических вмешательств составляет 9186.

Рис. 1. Анализ прооперированных больных отделения экстренной хирургии за 2017-2018гг.

Таким образом, профиль больных отделения экстренной хирургии различен, различные виды операций проводятся в зависимости от диагноза пациента. Исходя из этого, формируется объем работы медсестры, который принимает активное участие, когда пациент входит в палату и готовится к операции.

При изучении особенностей организации сестринской деятельности в предоперационное время важную роль играют также методы функциональной диагностики, которые на современном этапе обеспечивают скорость и качество подготовки хирургических больных к экстренным операциям.

Как известно, своевременность постановки правильного диагноза зависит от результатов четкого, быстрого, правильного и качественного обследования хирургического пациента и, следовательно, от эффективности лечения.   
Безусловно, обследование хирургического больного основывается на глубоком знании хирургической патологии, на умении анализировать полученную информацию.

Таблица 2 - Количество больных, назначенных обследование

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название обследования  Месяц | УЗИ | ФГДС | КТ |
| Январь | 17 | 25 | 1 |
| Февраль | 19 | 27 | 2 |
| Март | 19 | 30 | 1 |
| Апрель | 12 | 31 | 2 |
| Итого: | 67 | 113 | 6 |

Рис 2. Анализ частоты проведения функциональных методов диагностики пациентам отделения экстренной хирургии.

Из таблицы и диаграммы видно, что наиболее часто выполняемым разделом неотложной хирургии является ФГДС - 68,9%, второе место по объему УЗИ - 39,6%, а наименьшее количество - КТ - 4,4.

Сравнивая количество функциональных методов диагностики, выполненных для пациентов с хирургическими заболеваниями брюшной полости, такими как ФГДС, ультразвук и КТ, мы обнаружили, что ФГДС часто выполняется, потому что это современный, высокоэффективный метод диагностики «острого живота». Процедуры имеют возможность диагностировать большое количество заболеваний, в том числе на ранних стадиях. КТ была выполнена в меньшем количестве, потому что исследование доступно не для всех пациентов и используется очень редко (рис. 2).

Методы функциональной диагностики обеспечивают качественную предоперационную подготовку пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости к экстренной хирургии, а также снижают риск возникновения послеоперационных осложнений.

# 2.2.Анкетирование пациентов отделения экстренной хирургии

С целью выведения удовлетворенности информирования и подготовки медсестрой к обследованию была составлена анкета.

Анкетирование проводилось на базе ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко.

Для того чтобы оценить качество подготовки пациента медсестрой для исследования и знания пациента о предстоящей процедуре, проведен опрос пациентов из отделения неотложной хирургии. Анкета состоит из 7 вопросов и включает данные о пациенте (пол, возраст, социальный статус) и блок вопросов об информированности и подготовке пациентов к процедуре, предписанной врачом. В опросе приняли участие 39 пациентов с различными заболеваниями органов брюшной полости (см. Приложение 2).

В результате проведения были получены следующие данные:

1. Ваш возраст:

30-40 – 11 чел.

41-50 – 13 чел.

51-60 – 5 чел.

61-70 – 8 чел.

71 и старше – 2 чел.

1. Пол:

Мужчины – 26 чел.(65%)

Женщины – 13 чел.(35%)

1. Социальное положение:

Работающие - 12 чел.(30%)

Пенсионеры -17 чел.(70%)

1. Знали Вы ранее об этом исследовании:

«да» - 24 чел.(60%)

«нет» - 15 чел.(40%)

1. Проводилось ли Вам раньше такое обследование:

да» - 15 чел.(40%)

«нет» - 24 чел.(60%)

1. Информировала ли Вас медсестра о данном исследовании:

«да» - 36 чел.(90%)

«нет» - 3 чел.(10%)

1. Подготовила ли Вас медсестра к данной процедуре:

«да» - 39 чел.(100%)

После анализа результатов обработки вопросников в отделении неотложной хирургии большинство респондентов были проинформированы и подготовлены к этому обследованию. Также важно учитывать возраст пациентов, поскольку пациентам разных возрастов и каждого возраста требуется особый подход.

В соответствии с результатами была разработана шкала оценки удовлетворенности работой медсестры из отделения неотложной хирургии. 6 и 7 вопросов взяты за основу, поскольку эти вопросы оценивают качество работы медсестры. Если общий процент положительных ответов составляет от 85,0% до 100,0%, рейтинг оценивается как «отлично», с 75,0% до 84,0% - «хорошо», с 65,0% до 74,0% - удовлетворительно и 64,0% - «неудовлетворительно».

Проведенный анализ показал, что общий процент положительных ответов составляет 95,0% - значит оценка «отлично» (рис. 3).

Полученные результаты свидетельствуют о полной удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью в отделении неотложной хирургии, ее эффективности и качестве. Они также полностью удовлетворены работой медсестры, доверяют ее профессиональным знаниям и навыкам, дают положительную оценку отзывчивости, внимательности и вежливости медицинского персонала.

# 2.3. Разработка рекомендаций начинающим медицинским сестрам и памятки пациентам

Рекомендации для начинающих медсестер при подготовке пациентов с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости к функциональным методам диагностики:

Медсестры не всегда информируют и готовят пациентов к функциональным методам диагностики. Правильная подготовка пациента к обследованию является результатом полноценного, надежного и более точного исследования пациента в сестринской практике.

1. Информировать пациента накануне исследования.

2. Провести психологическую подготовку к процедуре. Объяснить, какие ощущения пациент может испытывать во время процедуры.

3. Последний прием пищи должен быть накануне 18.00, обследование должно проводиться утром натощак, в день обследования пациент не должен курить, пить, принимать лекарственные вещества.

4. Необходимо соблюдать диету пациента перед процедурой

5.За 2-3 дня до исследования исключить из рациона пациента продукты, приводящие к метеоризму (капуста, картофель, молоко);

6. Пациент должен принести полотенце для обследования.

7.При необходимости сделать очистительную клизму накануне исследования.

8.Проводить больного до кабинета, где проводят назначенное ему исследование.

Памятка пациентам и их родственникам при подготовке к функциональным методам обследования:

УЗИ органов брюшной полости не оказывает на Вас вредного воздействия. Способ прост и не дорог. УЗИ органов брюшной полости может занять 5-20 минут.

Подготовка к УЗИ брюшной полости. Этот тип экзамена требует тщательной подготовки.

1. За три дня до УЗИ следует прекратить употреблять продукты, богатые клетчаткой, такие как капуста, свекла, сырые овощи, бобовые, черный хлеб, пиво, газированные напитки, жирные продукты, молоко и молочные продукты. В случае тяжелого ожирения перед осмотром необходимо очистить кишечник: сделать клизму или использовать слабительные средства.

2. За три дня до процедуры рекомендуется использовать эспумизан, чтобы уменьшить метеоризм. Непосредственно перед процедурой нельзя курить и жевать жвачку. Утро - самое подходящее время для такого рода обследования.

3. Вы должны перестать есть за 8-12 часов до осмотра.

ФГДС - исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта - пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки - обычно проводится одновременно.

Пациенты, которым назначено эндоскопическое обследование, должны соблюдать правила:

1. Исследование желудка проводится натощак. Накануне процедуры легкий ужин можно принять не позднее 18 часов. В день осмотра завтрак следует убрать.

2. Перед обследованием пациентам может быть сделана инъекция для облегчения процедуры и предотвращения дискомфорта.

3. Перед процедурой следует избавиться от обтягивающей одежды, снять галстук, пиджак.

4. Обязательно необходимо снять очки и протезы.

5. Процедура не должна вызывать беспокойство пациента - она ​​занимает несколько минут. Нужно следовать указаниям врача, дышать спокойно и глубоко. Не волноваться.

Сразу после процедуры не следует полоскать рот, стремиться наверстать упущенный завтрак - пищу можно принимать спустя час после окончания исследования и, конечно, нельзя садиться за руль машины - анестетик продолжает действовать еще минут тридцать.

Следует иметь в виду, что после эзофагогастродуоденоскопии в течение 30-40 минут пациентам не разрешается принимать пищу и пить воду.  
Если делали биопсию, то пищу в этот день можно принимать только холодную.

Компьютерная томография (КТ) является одним из методов рентгеновского исследования.

Подготовка к КТ нужна только при исследовании кишечника и брюшной полости и начать ее необходимо за день до исследования.

1.До исследования кишка должна быть очищена от содержимого. Для этого пациент должен принять слабительное.

2. Иногда вместо приема слабительного ставят клизмы, обычно одну клизму ставят вечером накануне исследования, вторую - утром, за несколько часов до него.

3.За день до исследования нужно придерживаться диеты - исключить из рациона твердую пищу и принимать только жидкости (компот, чай, соки) (см. приложение 3).

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости занимают важное место среди всех хирургических заболеваний. Примерно 70% операций выполняются по срочным показаниям.

Медсестра должна быстро и точно подготовить пациентов к экстренным операциям. Благоприятный или неудовлетворительный исход операции и последующий послеоперационный период зависят от предоперационной подготовки пациента.

Максимально правильно и грамотно проведенная медсестрой подготовка исключает возможность осложнений, она подготавливает жизненно важные органы пациента к хирургическому вмешательству, создает благоприятный психологический фон. Все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению пациента.

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

Выводы:

Значение Сестринского Процесса в хирургической практике Сестринский Процесс:

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

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

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

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

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

е) Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать.

Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов и алгоритмов сестринского вмешательства. Сестринский процесс используется для организации сестринской помощи (ухода), в результате чего пациент становится активным участником в индивидуализированном процессе собственного излечения.

Таким образом, в результате этого исследования был разработан анализ профиля пациента, сравнительный анализ методов функциональной диагностики, рекомендации для начинающей медсестры и памятка для пациентов.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лазарe‏ва Г.Ю. Справочник фe‏льдшe‏ра / М.: РИПОЛ классик, 2015-640с.

2. Отвагина Т.В. Тe‏рапия: учe‏бноe‏ пособиe‏ / Изд. 2-e‏. Ростов н /Д: Фe‏никс, 2015.-367с.(СПО).

3. Фe‏дюкович Н.И. Внутрe‏нниe‏ болe‏зни: учe‏бник / Изд. 5-e‏, доп. и пe‏рe‏раб. Ростов н. /Д: Фe‏никс, 2014.-570с. (Срe‏днe‏e‏ профe‏ссиональноe‏ образованиe‏).

4. Большая мe‏дицинская энциклопe‏дия. – М.: Эксмо,2013.-864с.

5. Свe‏тлакова И.Б. Большая мe‏дицинская энциклопe‏дия / ант.сост. М.:АСТ: Хранитe‏ль, 2014.-899с.

6. Смолe‏ва Э.В. Сe‏стринскоe‏ дe‏ло в тe‏рапии с курсом пe‏рвичной мe‏дицинской помощи / под рe‏д. к.м.н. Кабарухина Б.В.Изд. 11-e‏. Ростов н/Д: Фe‏никс, 2011.-473с. – (Срe‏днe‏e‏ профe‏ссиональноe‏ образованиe‏).

7. Обуховe‏ц Т. П. Сe‏стринскоe‏ дe‏ло в тe‏рапии (Мe‏дицина для вас) / Изд. 4-e‏. г. Ростов н/Д : Фe‏никс, .2014. — 603 с.

8. Карпов Т.А. Заболe‏вания жe‏лудка и пищe‏вода: причины, симптомы, лe‏чe‏ниe‏ / сост. М.: АСТ; СПб: Сова; Владимир: ВКТ, 2014.-128с.(Совe‏ты опытного врача).

9. Пe‏трова О.Л., Пe‏трова Я.Б., Смирнова Г.В., Пe‏тров В.И. Мe‏дицинская сe‏стра /Гастроэнтe‏рология.2014.-№8.-с.56.

10. Кабарухина Б.В., Быковская Т.Ю.МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Провe‏дe‏ниe‏ профилактичe‏ских мe‏роприятий / под рe‏д. к. м.н. и др.Ростов н/Д: Фe‏никс, 2015.-219с.

11. Двойников С.И. Провe‏дe‏ниe‏ профилактичe‏ских мe‏роприятий: учe‏бноe‏ пособиe‏; под. рe‏д. Двойникова С.И.М.: ГЭОТАР Мe‏диа, 2015.-448с.

Интe‏рнe‏т источники:

1. Маколкин В.И., Овчарe‏нко С.И. Элe‏ктронная библиотe‏ка: Внутрe‏нниe‏ болe‏зни 2012.Рe‏жим доступа к изд.: http://www.medliter.ru/ -Систe‏м. Трe‏бования: IBM PC; Internet Explorer.

2. Мартынов А.И., Мухин Н.А. Элe‏ктронная библиотe‏ка: Внутрe‏нниe‏ болe‏зни (2 тома).Москва, 2014. Рe‏жим доступа к изд.: http://www.surgerycom.netСистe‏м. Трe‏бования: IBM PC; Internet Explorer.

3. Рапопорт С.И. Элe‏ктронная библиотe‏ка. Функциональная гастроэнтe‏рология . Гастриты М.: ИД "Мe‏дпрактика-М". Москва, 2015. 20 с. Рe‏жим доступа к изд.: http://www.gastroscan.ru -Систe‏м. Трe‏бования: IBM PC; Internet Explorer.

4. Волконская К. Мe‏дицинский портал «Мe‏д-инфо» Статья «Острый гастрит» 2011. Рe‏жим доступа к изд.: http://med-info.ru Систe‏м. Трe‏бования: IBM PC; Internet Explorer.

# Приложение 1

Рис.3.Оценка удовлетворенности пациентами работы медсестры

# Приложение 2

Анкет

1. Ваш возраст\_\_\_лет

2. Пол: м ж

3. Социальное положение: работаю инвалид пенсионер ТТучащийся безработный другое

4. Знали ли Вы ранее об этом исследовании:

1. да 2. нет 3. затрудняюсь ответить

5. Проводилось ли Вам раньше такое обследование (УЗИ, ФГДС, КТ):

1. да 2. нет 3. затрудняюсь ответить

6. Информировала ли Вас медсестра о данном исследовании:

1. да 2. нет

7. Подготовила ли Вас медсестра к данной процедуре:

1. да 2. нет 3. частично