

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. НЕОТЛОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	9
1.1. Заболевания органов брюшной полости, требующие неотложного оперативного вмешательства.....	9
1.2. Общая характеристика предоперационного периода.....	18
1.3. Послеоперационный период: общая характеристика, фазы, тактика ведения пациента.....	19
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	25
2.1. Сестринский процесс в предоперационном периоде при «остром животе».	25
2.2. Особенности сестринской подготовки пациентов к экстренным операциям на брюшной полости.....	32
2.3. Особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде.....	37
ГЛАВА 3. ОБЪЕКТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ	40
3.1. Объект исследования.....	40
3.2. Определение проблем пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости, реализация сестринских вмешательств и их эффективность.....	42
ВЫВОДЫ	47
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	51

ВВЕДЕНИЕ

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости занимают видное место среди всех хирургических заболеваний. Под острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости подразумевают заболевания, возникающие внезапно, протекающие остро, сопровождающиеся болевыми ощущениями различной силы, осложняющиеся при несвоевременно начатом лечении перитонитом и имеющие ряд общих симптомов [20].

Острое заболевание органов брюшной полости не всегда удается распознать достаточно точно и быстро. Продолжать наблюдение за больным в течение долгого времени для уточнения диагноза недопустимо. Именно в таких случаях выручает не очень точное, но полезное определение – «острый живот» [30].

Термин «острый живот» – собирательное понятие. «Острый живот» является одним из наиболее обобщенных синдромов, широко распространенных в медицинской практике. Этим термином обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости [42]. В общих чертах он отражает клиническую ситуацию, связанную с острой, внезапно развивающейся внутрибрюшной катастрофой, при которой обычно требуется неотложная хирургическая помощь [51]. Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки. В зависимости от величины очага поражения отличаются и размеры патологического напряжения мышц живота [39]. При локализованном процессе напряжён участок брюшной стенки над патологическим очагом. При распространённом процессе наблюдается напряжение всей передней брюшной стенки [20]. Следует отметить, что данная особенность характерна больше для взрослых. У детей даже при локализованном процессе в большинстве случаев наблюдается обширное патологическое напряжение мышц живота [30].

Частым проявлением острого живота является перитонит. Помимо клиники острого живота может наблюдаться симптоматика, характерная для заболевания, приведшего к его развитию [5, 13, 26].

Актуальность исследования. Неотложная хирургия брюшной полости является одним из наиболее актуальных, ответственных и сложных направлений в хирургии. Острый живот является показанием к немедленной госпитализации в хирургический стационар, больному запрещается приём пищи и употребление обезболивающих препаратов [20]. После поступления такого больного в стационар хирург должен принять решение о необходимости оперативного вмешательства, в подавляющем большинстве случаев при подобной клинике операция жизненно необходима больному [51].

Пациенты с «острым животом» – основной контингент поступающих в стационар по экстренным показаниям. Неотложные операции с обязательным вскрытием брюшной полости применяют при тяжелых ранениях, заболеваниях и случайных повреждениях желудка, селезенки, кишечника, печени и при дефектах брюшной стенки (при ущемленных грыжах) [7, 15, 18, 36].

Последние десятилетия ознаменовались достаточно бурным развитием хирургии в целом, в том числе и экстренной абдоминальной хирургии. В клиническую практику внедрены новые методы диагностики, хирургических вмешательств, а также малотравматичные лечебные технологии [48, 51].

Эпидемиология. На долю операций по поводу заболеваний и травм органов брюшной полости приходится более 60 % всех оперативных вмешательств, выполняемых в хирургических стационарах. Около 70 % из них выполняется по неотложным показаниям [20].

К наиболее частым заболеваниям, требующим экстренной хирургической помощи относятся: острый аппендицит; острый холецистит; острый панкреатит; острая непроходимость кишечника; ущемленные грыжи; перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки; желудочно-кишечные кровотечения [30].

Аппендицит проявляется в любом возрасте, чаще в молодом и среднем; женщины болеют чаще мужчин. Заболеваемость острым аппендицитом

составляет 4-5 случаев на 1000 человек в год [20]. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1 %, занимая среди них первое место. Острый аппендицит – наиболее частая причина развития перитонита. Летальность составляет 0,1 % в случае непроходного острого аппендицита, 3 % – при перфорации и 15 % – при прободном аппендиците у пожилых больных [38].

Частота прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 10-15 %, при этом у 0,6-5,5 % больных происходят повторные перфорации. На 100 000 человек населения выполняется ежегодно 7,5-13,0 операций, летальность при которых находится в пределах от 5 до 17,9 % [5].

Острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и 12-перстной кишки встречаются у 3-4 % при диагностической эзофагогастродуоденоскопии [15]. Однако истинная частота этих поражений слизистой не установлена. Обнаружение острых эрозий и язв обычно бывает, когда пациенты обследуются по поводу выраженных симптомов диспепсии, но чаще – при появлении таких осложнений, как кровотечения, в 60–70% случаев, или перфорации в 0,5–3% случаев острых язв [18]. Нередко острые эрозии и язвы, осложненные кровотечением, возникают у пациентов после травм, ожогов и оперативных вмешательств [11]. Летальность при кровотечениях из острых язв у больных в отделениях интенсивной терапии достигает 80% [18].

По данным многочисленных публикаций на протяжении XX века, в особенности второй его половины, происходило быстрое увеличение распространённости желчно-каменной болезни, преимущественно в промышленно развитых странах. По данным медицинской статистики, холелитиаз встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин (соотношение от 3:1 до 8:1), причём с возрастом число больных существенно увеличивается и после 70 лет достигает 30 % и более в популяции [30]. Возрастающая хирургическая активность в отношении холелитиаза, наблюдавшаяся на протяжении второй половины XX века, привела к тому, что во многих странах частота операций на жёлчных путях превзошла число согласен других абдоминальных операций (включая аппендэктомию). Так, в

США в 70-е годы ежегодно проводилось более 250 тыс. холецистэктомий, в 80-е – более 400 тыс., а в 90-е – до 500 тыс [30].

Острый панкреатит встречается в 25-30 % у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе, жёлчнокаменной болезнью. В 70 % случаев он обусловлен употреблением алкоголя [30]. Острый панкреатит встречается в 4-9 % случаев среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции [20]. Чаще встречается в возрасте 30-60 лет, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин. Летальность при остром панкреатите, несмотря на применение современных методик консервативного и оперативного лечения, высокая: общая 7-15 %, при деструктивных формах – 40-70 % [26].

При защемленных грыжах летальность составляет 3-10%, именно это и является показанием к оперативному лечению в плановом порядке [20]. Частота рецидивов после «традиционных» операций достигает 10-30%, протезирующей пластики с сеткой до 2,4% [45].

Частота острой кишечной непроходимости составляет около 5 заболевших на 100 тысяч человек, являясь причиной от 3 до 5% поступлений больных в хирургические стационары [13]. Среди всех больных с механической кишечной непроходимостью острая тонкокишечная непроходимость составляет от 64,3 до 80 % случаев и отличается более тяжелым клиническим течением и худшим прогнозом заболевания [29]. Это обуславливают сохраняющуюся высокую летальность при данной патологии. По свидетельству разных авторов она составляет от 5,1 до 8,4%, занимая ведущее место среди всех urgentных заболеваний [47].

Заболевания различны как по клинической картине, так и по этиопатогенезу. Их объединяет одно – они несут непосредственную угрозу для жизни в случае несвоевременного лечения или при неправильной подготовке медицинской сестрой к операции [6]. Поэтому роль медицинской сестры в предоперационном периоде играет большое значение. От ее качественной и

быстрой подготовки больного к экстренной операции зависит исход заболевания. Также в подготовке больных к операции важную роль играют и функциональные методы диагностики, в которых медицинская сестра принимает активное участие [24].

Ускоренное проведение и быстрая подготовка к операции снижает риск развития послеоперационных осложнений, которые, в свою очередь приводят к летальному исходу [27]. Общее число послеоперационных осложнений составляет 43,7-63,8 %, являясь причиной смерти 50-86 % хирургических больных [20].

Важен также и правильно организованный уход за пациентом в отделении абдоминальной хирургии и после проведенной операции. От него в полной мере зависит время пребывания пациента в стационаре, качество его жизни [32].

Цель исследования

Научно обосновать принципы сестринского ухода в абдоминальной хирургии в условиях стационара, его цели, структуру.

Задания исследования

1. Изучить особенности клиники, лечения, пред- и послеоперационного периода неотложных заболеваний органов брюшной полости.
2. Обозначить особенности организации сестринского ухода в предоперационном периоде в клинике неотложной абдоминальной хирургии.
3. Определить особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде в клинике хирургии «острого живота».
4. Определить типичные проблемы пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости.
5. Изучить эффективность сестринской помощи при лечении пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Объект исследования

Оказание сестринского ухода при лечении пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Предмет исследования

Факторы, которые определяют качество оказания сестринской помощи при лечении пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Методы исследования:

Эпидемиологический, статистический, клинический (наблюдение, сравнение, измерение).

Научно-практическое значение исследования.

Результаты научного исследования углубляют знания о особенностях клиники, лечения, пред- и послеоперационного периода неотложных заболеваний органов брюшной полости. В ходе исследования определены особенности организации сестринского ухода в пред- и послеоперационном периоде в клинике неотложной абдоминальной хирургии. Обозначены типичные проблемы пациентов, изучена эффективность сестринской помощи при лечении пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

ГЛАВА 1.

**НЕОТЛОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ПРЕД- И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

1.2. Заболевания органов брюшной полости, требующие неотложного оперативного вмешательства.

«Острый живот» включает в себя острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, непроходимость кишечника, ущемленные грыжи, перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечные кровотечения [20].

Острый аппендицит. Аппендицит – воспаление червеобразного отростка слепой кишки (аппендикса) разной степени выраженности. Одно из наиболее частых заболеваний брюшной полости, требующих хирургического лечения. Картина заболевания весьма различна, зависит от локализации отростка, протекания воспаления, клинических форм (простой, гнойный, разлитой и др.) [38]. При наиболее типичных случаях начало заболевания характеризуется возникновением резких болей в животе. Сначала боли могут носить приступообразный характер, они, как правило, постоянные, средней тяжести или незначительные, затем боли усиливаются. В начале боли могут ощущаться в области желудка, пупка, и только через несколько часов четко локализуются в правой подвздошной области. У больного появляется тошнота, рвота. Приступ рвоты, как правило, бывает один раз, в начале заболевания, а частая и обильная рвота характерна для тяжелых, запущенных, сложных случаев, для начала перитонита [20].

Температура тела пациента незначительно повышена: до 37,5-38 °С, но может быть высокой (39-40 °С) или нормальной. Пульс соответствует температуре. При повышении температуры на один градус пульс учащается на

10 ударов в минуту. Низкая температура и частый пульс (свыше 100 ударов в минуту) свидетельствуют о тяжелом протекании заболевания. Язык влажный, немного обложенный. Стул нормальный или твердый, реже понос [38].

В начале заболевания живот симметричен, участвует в процессе дыхания. При осторожном наружном ощупывании живота больной ощущает боль в нижней правой области живота. При более сильной пальпации боль в правой нижней части живота усиливается, ощущается напряжение мышц передней брюшной стенки. При осторожном постепенном надавливании руки на это место и быстром ее отнятии больной ощущает резкую боль (положительный симптом Блюмберга) [20].

Постановка диагноза острого аппендицита является показанием к проведению экстренного оперативного лечения. При отсутствии явлений разлитого перитонита используется доступ Макбурнея (McBurney), иногда называемый в отечественной литературе доступом Волковича-Дьяконова. Основной этап операции при остром аппендиците – аппендэктомия (удаление червеобразного отростка) [51].

Прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Прободная язва (перфоративная) – это возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание содержимого в брюшную полость. При прободении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки внезапно возникают очень сильные боли в верхней части живота, в области желудка, напоминающие удар ножа [5]. Боль быстро охватывает весь живот, может вызвать шок. Больной неподвижно лежит на спине или на боку, с подтянутыми ногами, малейшее движение усиливает боль в животе. Больной очень бледный, лицо покрыто холодным потом, черты заостряются, на лице выражение страха [20].

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 сухой. Через несколько часов боли в животе могут на короткий срок утихнуть, состояние больного несколько улучшается [30].

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 [20].

Прободение язвы часто возникает у страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, поэтому во всех случаях необходимо спросить больного об этом [5].

Наличие перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является показанием к оперативному вмешательству [51]. Проводят операции: ушивание перфоративного отверстия, иссечения язвы, ушивания перфоративного отверстия в сочетании с селективной проксимальной ваготомией, стволовую ваготомию с иссечением язвы и выполнением пилоропластики, стволовую ваготомию в сочетании с гемигастрэктомией [5].

Кровотечение из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Одним из осложнений язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки является язвенное кровотечение. Кровотечение возникает при прободении стенок кровеносных сосудов язвы [5]. Кишечные кровотечения частое (у 20 % больных) и серьезное осложнение (летальность достигает 10 %) ряда патологических процессов [10]. Кровотечение бывает острым и обильным или хроническим, повторяющимся, необильным [4].

При обильном кровотечении внезапно возникает слабость, головокружение, тошнота, у больного проступает холодный пот, возможна кратковременная потеря сознания (обморок). Развивается коллапс. Кожные покровы бледнеют, пульс учащается, давление падает. Иногда перед кровотечением усиливаются боли в области желудка, часто уменьшающиеся или прекращающиеся во время кровотечения. Через 1-2 часа у больного

открывается рвота кровью или желудочным содержимым, напоминающим кофейную гущу. Рвота обильная, повторяющаяся. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки кровавая рвота встречается реже. Через 6-12 часов или позднее бывает жидкий стул с кровью, черного цвета или цвета дегтя [14].

В случаях хронического необильного кровотечения постепенно развивается анемия. Выше упомянутые симптомы проявляются в меньшей степени [4].

У больного необходимо спросить, были ли у него до этого заболевания пищеварительного тракта, не установлена ли у него язвенная болезнь и ее обострение [10].

Алгоритм действий при кровотечении язвенной этиологии: выяснение локализации источника и характера кровотечения; попытка эндоскопической остановки кровотечения [1]. Виды гемостаза: медикаментозный; инфильтрационный; механический; физический [8]. При неэффективности эндоскопического гемостаза или невозможности его проведения при кровотечении высокой интенсивности показано экстренное оперативное вмешательство без какой-либо предоперационной подготовки на высоте кровотечения [16].

Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит.

Жёлчнокаменная болезнь (холелитиаз) – это образование камней (конкрементов) в жёлчном пузыре, жёлчных протоках (жёлчные камни) [30]. Холецистит (воспаление желчного пузыря) – одно из наиболее частых осложнений жёлчнокаменной болезни. Основные принципы развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушения оттока желчи. Ведущим фактором развития острого холецистита является нарушение оттока желчи из желчного пузыря, что возникает при окклюзии камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока [20]. Второстепенное значение в развитии острого воспаления имеет нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря при атеросклерозе висцеральных ветвей брюшной аорты и повреждающее действие

панкреатического сока на слизистую оболочку желчного пузыря при рефлюксе секрета поджелудочной железы в желчные протоки [30].

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 [20].

Больной жалуется на внезапно возникшие боли под правой реберной дугой. Боли могут отдавать в правую лопатку, между лопаток, в правое плечо. Больной беспокоен, мечется, стонет, у него выступает пот, начинается озноб. Больного всегда тошнит, иногда возможна рвота. Живот вздут. При ощупывании живота в области правого подреберья на проекции желчного пузыря наблюдается болезненность, напряжение мышц. Общее состояние больного остается удовлетворительным. Температура тела нормальная. Пульс учащен. Печеночные колики длятся от нескольких минут до нескольких часов и могут повторяться. При закупорке желчного протока желтеют склеры (белковые оболочки глаз), кожа. Моча становится темной, цвета пива. Кал обесцвечивается [30].

Если приступ не прекращается, продолжается постоянная боль в правом подреберье, повышается температура, возникает озноб, учащается пульс, следует подозревать воспаление желчного пузыря – острый холецистит. Возможны обострения хронического холецистита, симптомы которого те же, что и у острого холецистита. В 90% случаев острый холецистит развивается на фоне холелитиаза (желчекаменной болезни), когда один из камней закупоривает просвет желчного протока [20].

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 °С, знобит. Могут пожелтеть склеры и кожные покровы. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит (воспаление брюшины) [30].

При остром холецистите применяют хирургическое лечение (холецистэктомия) [51].

Острый панкреатит. Это остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции [26].

Острый панкреатит – одно из самых тяжелых заболеваний брюшной полости. Заболевание может возникать после травм живота, оперативных вмешательств на органах брюшной полости, острых нарушений кровообращения в поджелудочной железе (тромбоз сосудов, их сдавление), интоксикаций, тяжелых аллергических реакций [20]. Немаловажной при этом является роль алиментарных факторов, особенно при приеме избыточного количества пищи, стимулирующей панкреатическую секрецию (мяса, жиров, особенно животного происхождения, сладких алкогольных напитков типа ликера), в условиях нарушения оттока панкреатического сока, что характерно для больных желчнокаменной болезнью [30].

Заболевание начинается внезапно. Больной жалуется на сильную, постоянную, часто опоясывающую боль в верхней части живота, над пупком. Боли отдают в левый бок, левую лопатку, в поясницу. У больного открывается сильная рвота. Язык сухой, обложенный, с коричневым налетом. Кожные покровы лица, области живота, конечностей быстро синеют, вздувается верхняя область живота. Исчезает перистальтика кишечника, не отходят газы. Развивается тяжелый коллапс. Пульс частый и слабый. Дыхание поверхностное. Температура может повышаться. При ощупывании живота

наиболее сильные боли ощущаются в верхней части живота. Болезненная область левого поясничного ребра. При развитии перитонита проявляется симптом Блюмберга [26].

Терапия острого панкреатита должна подбираться строго индивидуально, в зависимости от патогенетических факторов, той или иной стадии и формы. На первоначальном этапе лечение заключается в дезинтоксикации (в том числе гемо-, лимфо- или плазмосорбция). Необходимо устранить спазм гладкой мускулатуры. Проводится декомпрессия желудка путём установки назогастрального зонда [20].

Применение соматостатина и его аналогов оказывают хороший эффект как на процесс самого заболевания, так и на его исход. Эти препараты снижают панкреатическую секрецию, устраняют необходимость анальгезирующей терапии, снижают частоту осложнений и летальность [26]. Тактика хирургического вмешательства определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой поджелудочной железе [51]. Лапароскопию следует рассматривать как основной метод хирургического лечения. Применение лапароскопии позволяет избежать необоснованных лапаротомий, обеспечить адекватное дренирование и эффективное лечение и обосновать показания к лапаротомии [20]. Основные виды хирургического вмешательства: установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа, резекция (обычно дистальных отделов) поджелудочной железы, операция Лоусона (операция «множественной стомы») [51].

Ущемление грыжи. Грыжа возникает при выпячивании под кожу сквозь мышечно-сухожильное отверстие брюшной стенки органов живота (большого сальника, кишечной петли) [2]. Чаще встречаются паховые, пупочные, бедренные, послеоперационные грыжи. Грыжи развиваются вследствие врожденной слабости брюшной стенки, длительной тяжелой физической работы, при поднятии тяжелого предмета [45].

У больного наблюдается увеличивающееся выпячивание кожи на месте грыжи. При ощупывании выпячивания ощущается мягкая его консистенция,

при лежачем положении больного – грыжевое содержимое легко возвращается или вправляется в брюшную полость. Не ущемленная грыжа вызывает неприятные ощущения натяжения, сдавления [2].

Грыжа может в любое время ущемиться. В ее воротах внезапно защемляется кишечная петля или большой сальник. При ущемлении грыжи возникает локализованная сильная боль, усиливающаяся во время ощупывания. Сначала боли носят приступообразный характер, затем постоянный, охватывают весь живот. Больного тошнит, возникает рвота, вздутие живота, позднее задержка газов и стула [45]. Развивается острая непроходимость кишечника [13]. Мышцы живота напряжены, симптом Блюмберга положителен. Общее состояние больного ухудшается [2].

В настоящее время в хирургическом арсенале существует достаточное количество средств и методик, которые позволяют выполнить оперативное вмешательство с наибольшей эффективностью и наименьшей хирургической агрессией. При этом достигается высокий уровень комфорта как в раннем так и в позднем послеоперационном периоде [51].

Острая непроходимость кишечника. Кишечная непроходимость – синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения по пищеварительному тракту и обусловленным препятствием или нарушением двигательной функции кишечника [13]. Непроходимость кишечника возникает вследствие нарушения передвижения кишечного содержимого. В зависимости от степени непроходимости она делится на полную и частичную, а в зависимости от причины возникновения – на динамическую (функциональную) и механическую [36].

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. Паралитическая непроходимость кишечника может развиваться вследствие желчнокаменной и мочекаменной болезни, воспаления брюшины, случаев

травм органов брюшной полости и позвоночника [13]. Механическая непроходимость кишечника возникает при наружном сдавлении кишки опухолью или спайками, при возникновении препятствия в просвете кишки, завороте кишок, образовании их узла [48].

Больной жалуется на боль в животе. Боли бывают разными по интенсивности и характеру (постоянные, приступообразные, режущие). Боли постепенно усиливаются. Задерживаются газы, стул, вследствие чего живот вздувается. Больного тошнит, открывается сильная рвота, сначала пищевой, позднее желчью, затем зловонным содержимым кишечника [20].

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 [13].

При осмотре живота наблюдается его вздутие, часто асимметричность. Брюшная стенка не напряжена, симптом Блюмберга отрицателен. В начале перистальтика кишечника усиливается [48]. При развитии воспаления брюшины (перитоните) возникает напряжение брюшных мышц, симптом Блюмберга становится положительным, исчезает перистальтика кишечника [13].

Во всех случаях, когда диагноз острой механической кишечной непроходимости установлен или предполагается, больной должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар [20]. Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (2-4 часа) показано только при наличии перитонита, в остальных случаях лечение начинают с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтвержден) мероприятий [13]. Мероприятия направлены на борьбу с болью, гиперперистальтикой, интоксикацией и нарушениями гомеостаза, освобождение верхних отделов пищеварительного тракта от застойного содержимого посредством постановки желудочного зонда, сифонные клизмы [51].

При отсутствии эффекта от консервативного лечения показано оперативное лечение. Консервативное лечение эффективно лишь в случаях исчезновения боли в животе, вздутия живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и симптома Валя, значительно уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования наряду с разрешением явлений копростазы на фоне проводимых клизм [13].

Таким образом, все больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости подлежат немедленной госпитализации в хирургическое отделение и требуют неотложного оперативного вмешательства. Поэтому медицинская сестра должна как можно быстро и грамотно подготовить больного к операции [20]. Чем раньше выполнена операция по поводу воспалительного процесса в животе, тем меньше шансов на развитие такого тяжелейшего осложнения, как перитонит. Чем раньше начаты меры по остановке кровотечения из язвы желудка, тем больше шансов сохранить жизнь и здоровье больного [51].

1.2. Общая характеристика предоперационного периода.

Большинство пациентов, поступающих в хирургические отделения, подвергаются оперативному вмешательству. Каждое оперативное вмешательство является сложным процессом, состоящим из трех этапов, каждый из которых играет одинаково важную роль в судьбе пациента. Этими этапами являются: предоперационная подготовка, операция и послеоперационный период [51].

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 [20].

Предоперационный период – это время с момента принятия решения об операции и до доставки больного в операционную [30]. Основная цель этого периода – максимально уменьшить возможные осложнения во время и после операции [6].

Основными задачами при подготовке к операции являются [51]:

- уточнить диагноз, показания к операции и сроки ее выполнения;
- определить функциональное состояние основных органов и систем (сопутствующие заболевания);
- максимально скорректировать выявленные нарушения жизненно важных органов и систем;
- провести подготовку: психологическую, соматическую, специальную (по показаниям) непосредственно перед операцией и доставить больного в операционную.

1.3. Послеоперационный период: общая характеристика, фазы, тактика ведения пациента.

Послеоперационный период – период от момента окончания операции до восстановления трудоспособности больного, в течении которого проводят комплекс лечебных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение осложнений, а также мероприятий способствующих процессам репарации и адаптации организма к анатомо-физиологическим соотношениям, созданным операцией [20].

Различают *ближайший* и *отдаленный послеоперационный период*. Ближайший послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до выписки больного из лечебного учреждения. В этом периоде наиболее ответственным является *ранний период*, в первые 2-3 дня после операции. В это время в наибольшей степени проявляются те

изменения в деятельности органов и систем, которые являются прямым следствием операционной травмы и обезболивания. *Поздний период* длится до момента выписки пациента из стационара. *Отдаленный послеоперационный период* протекает с момента выписки больного из стационара до выздоровления [30].

Все что связано с операцией и влиянием обезболивания обозначают как операционный стресс, а его последствия как послеоперационное состояние [44]. Операционный стресс возникает в результате комплекса различных влияний на больного: операционной травмы, образования ран, страха, боли, воздействия наркотических веществ. Хирургическая операция и наркоз приводят к определенным патофизиологическим изменениям в организме, которые носят общий характер, являясь ответом организма на операционный стресс. Организм мобилизует систему защитных факторов и компенсаторных реакций, направленных на устранение последствий операционной травмы и восстановление гомеостаза. Под действием операции не возникает нового вида обмена веществ, а меняется интенсивность отдельных процессов – нарушается соотношение катаболизма и анаболизма [30].

По характеру течения различают *неосложненный и осложненный послеоперационный период*. В неосложненном послеоперационном периоде различают 4 фазы: *катаболическую, переходную, анаболическую и фазу увеличения массы тела* [20].

Катаболическая фаза. Сразу же после операции вследствие усиления интенсивности метаболических процессов возрастает потребность организма в энергетическом и пластическом материале, которая в условиях ограниченного поступления питательных веществ обеспечивается в основном за счет внутренних резервов организма путем стимуляции катаболических процессов соответствующими гормонами (катехоламинами, глюкокортикоидами). Продолжительность катаболической фазы 3-7 дней. Она более выражена при серьезных изменениях в организме, обусловленных заболеванием, по поводу которого выполнена операция, а также тяжестью операции. Катаболическую фазу усугубляют и удлиняют также послеоперационные осложнения [30].

Катаболическая фаза является защитной реакцией организма, цель которой – повысить сопротивляемость организма посредством быстрой доставки необходимых энергетических и пластических материалов. Она характеризуется определенными нейроэндокринными реакциями: активацией симпатико-адреналовой системы гипоталамуса и гипофиза, усиленным синтезом и поступлением в кровь катехоламинов, глюкоидов, альдостерона, АКТГ. В крови увеличивается уровень глюкозы и снижается содержание инсулина, происходит усиленный синтез ангиотензина и ренина [30]. Нейрогуморальные нарушения приводят к изменениям сосудистого тонуса (спазм сосудов) и кровообращения в тканях, расстройствам микроциркуляции, нарушению тканевого дыхания, гипоксии, метаболическому ацидозу, что обуславливает в свою очередь нарушения водно-электролитного баланса, выход жидкости из сосудистого русла в межтканевые пространства и клетки, сгущение крови и стаз форменных элементов. Это усугубляет степень нарушения окислительно-восстановительных процессов в тканях, протекающих в условиях преобладания анаэробного гликолиза над аэробным вследствие тканевой гипоксии [20].

Для катаболической фазы характерен повышенный распад белков с потерей мышечных, соединительнотканых и форменных белков. Быстрее всего происходит распад белков печени, плазмы, желудочно-кишечного тракта. Суммарная потеря белка в послеоперационном периоде значительна. Нарушение углеводного обмена проявляется послеоперационной гипергликемией за счет повышенного образования глюкозы из гликогена и усиления глюконеогенеза [32].

Клинические проявления катаболической фазы послеоперационного периода имеют свои особенности. В первые дни больного беспокоят боли в ране, общая слабость, сонливость, отсутствие аппетита, жажда. Температура тела в пределах 37-38 °С. Отмечается бледность кожных покровов, учащение пульса на 20-30%, умеренное повышение артериального давления. Учащается дыхание при уменьшении его глубины. Жизненная емкость легких снижается на 30-50%. Поверхностное дыхание обусловлено болью в ране, высоким

стоянием диафрагмы или ограничением ее подвижности после операции на органах брюшной полости, развитием пареза желудочно-кишечного тракта. Иногда отмечается затрудненное мочеиспускание, что связано с активацией симпатической нервной системы, которая приводит к нарушению сократительной способности мочевого пузыря, а так же может быть обусловлено вынужденным длительным положением в постели или иметь рефлекторный характер. В крови – умеренный лейкоцитоз [30].

Переходная фаза наступает через 3-7 дней после операции при неосложненном течение послеоперационного периода. Длительность ее 4-6 дней. Переход катаболической фазы в анаболическую происходит не сразу, а постепенно. Этот переход характеризуется снижением активности симпатико-адреналовой системы и катаболических процессов. В переходной фазе еще продолжается, хотя и в меньшей степени, повышенный расход энергетических и пластических материалов, который постепенно уменьшается, и начинается активный синтез белков, гликогена, а затем и жиров. Окончательное преобладание анаболических процессов над катаболическими указывает на переход послеоперационного периода в анаболическую фазу [20].

Клиническими признаками наступления переходной фазы является исчезновение болей, нормализация температуры тела, появление аппетита. Больные становятся активными, кожные покровы приобретают нормальную окраску, дыхание становится глубоким, сокращается число дыхательных движений. Частота сердечных сокращений приближается к исходному дооперационному уровню. Восстанавливается деятельность желудочно-кишечного тракта: появляются перистальтические кишечные шумы, начинают отходить газы [51].

Анаболическая фаза характеризуется усиленным синтезом белка, гликогена, жиров, израсходованных во время операции и в катаболической фазе послеоперационного периода. Активизируется парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, повышается активность анаболических гормонов. Повышенная активность соматотропного гормона и андрогенов приводит к увеличению количества белков в крови, органах, а также в области

раны, обеспечивая тем самым репаративные процессы, рост и развитие соединительной ткани. Происходит восстановление запасов гликогена. Клинически анаболическая фаза характеризуется как период выздоровления, восстановления нарушенных функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной, выделительной систем, органов пищеварения, нервной систем [20].

Продолжительность анаболической фазы 2 – 5 недель. Длительность ее зависит от тяжести операции, исходного состояния больного, выраженности и продолжительности катаболической фазы. Затем наступает фаза увеличения массы тела, которая продолжается до полного выздоровления, что занимает иногда несколько месяцев. В течение 3- 6 месяцев окончательно завершаются процессы репаративной регенерации – созревание соединительной ткани, образование рубца [51].

Основными задачами в послеоперационном периоде являются [51]:

- 1) борьба с болью с применением наркотических и ненаркотических анальгетиков;
- 2) борьба с гиповолемией (проводят многокомпонентную инфузионную терапию);
- 3) поддержание сердечной деятельности и системного кровообращения, устранение нарушений микроциркуляции (применяют сердечно-сосудистые средства, инфузионную терапию с использованием низкомолекулярных декстранов);
- 4) поддержание функции внешнего дыхания и борьба с гипоксией (достаточное обезболивающее, оксигенотерапия, дыхательная гимнастика, искусственная вентиляция легких в необходимых случаях);
- 5) борьба с нарушениями водно-электролитного баланса, кислотнощелочного состояния;
- 6) парентеральное питание;
- 7) дезинтоксикационная терапия;
- 8) восстановление функции выделительной системы.

Полнота выполнения всех этих мероприятий зависит от длительности, обширности и травматичности операции [20]. Режим больного зависит от характера оперативного вмешательства. Как правило, в течение 2–4 дней показан постельный режим. В тех случаях, когда активизация больных по тем или иным причинам отдалается, мерой предупреждения послеоперационных осложнений является лечебная физкультура [27].

Особенности питания в послеоперационном периоде во многом зависят от конкретного характера операции, состояния больного. Кормление после операций, не сопровождающихся вскрытием просвета желудочно-кишечного тракта, начинают обычно на 2-е сутки небольшими порциями жидкой пищи. С 5-6-х суток больных постепенно переводят на общую диету. Если операция проводится на органах брюшной полости, то кормление начинают позже, после восстановления деятельности желудочно-кишечного тракта [28].

При задержке мочеиспускания проводят катетеризацию мочевого пузыря, медикаментозную стимуляцию (калимин), тепловые процедуры на низ живота [12].

Течение неосложненного послеоперационно периода характеризуется постепенным улучшением состояния больного. В случаях, когда этот процесс затягивается, следует прежде всего заподозрить возникновение тех или иных осложнений [20].

ГЛАВА 2.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

2.1. Сестринский процесс в предоперационном периоде при «остром животе».

Реализация сестринского процесса повышает роль и ответственность медицинской сестры в осуществлении предоперационного процесса, как единого процесса активного ведения пациента [33]. Цель сестринского процесса в отношении хирургического пациента – предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности [9]. У хирургических больных – это боль, стресс, диспепсические нарушения, расстройства функций организма, дефицит самоухода и общения. Ухаживая за хирургическими больными, медсестра видит, что испытывают больной и его семья и выражает сочувствие [27].

Сестринский процесс – это метод научно-обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам [41].

Цели сестринского процесса [46]:

1. Обеспечение приемлемого качества жизни пациента в зависимости от его состояния.
2. Предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациента.
3. Помощь пациенту и его семье по поводу дезадаптации, связанной с заболеванием или травмой.
4. Поддержка или восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей.

В настоящее время сестринский процесс включает в себя пять этапов [17]:

- 1) сестринское обследование (сбор информации);
- 2) определение проблем пациента;
- 3) планирование сестринских вмешательств;
- 4) выполнение сестринских вмешательств;
- 5) оценка эффективности сестринских вмешательств.

I этап – сестринское обследование (сбор информации). Цель этапа – собрать, оценить и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для того, чтобы создать информационную базу о нем [19].

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 обследования, а также ассистируя врачу при тех или иных диагностических процедурах [43]. Комбинируя данные и знание о предполагаемом хирургическом вмешательстве, медсестра готовит сестринский план предоперационного ухода, включающий обучение пациента, физиологическую и физическую подготовку и мероприятия по психоэмоциональной поддержке [24].

Для клиники «острого живота» характерно [20]:

1. Боль в животе: тупая или острая, приступообразная, или постепенно нарастает.

2. Брюшной пресс напряжен при пальпации определяется чувствительность кожи, особенно над очагом патологического процесса. Для учета реакции раздражения брюшины используется симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы пареза кишечника со вздутием живота и неотхождение газов, отсутствие перистальтики при аускультации.

3. При перкуссии в нижних частях живота при уже развившемся перитоните определяется притупление за счет выхода гнойного содержимого

4. Выражение лица страдальческое, осунувшиеся, заостренные черты лица (лицо Гиппократата).

5. Сухость во рту, дыхание несвободное, так как больной щадит живот, потому что глубокие вдохи усиливают боль.

6. Тахикардия. В случае перфорации полого органа, например, перфорационная язва двенадцатиперстной кишки, отсутствует печеночная тупость при перкуссии печени.

Обязательно надо проводить исследование через прямую кишку и влагалище. Дает возможность пальпировать инфильтрат, гематому, ущемленный участок кишки, установить локальную болезненность [27].

Диагностика начинается с изучения истории развития болезни и полного физикального обследования, включающего в себя исследование прямой кишки и органов малого таза [32].

Больные с «острым животом» подлежат сестринскому обследованию. Все симптомы должны быть немедленно сообщены врачу. Медсестра измеряет артериальное давление, чтобы выявить гиповолемический шок. Повышение температуры тела – показатель воспаления и развития инфекционного процесса. Живот обследуется на предмет определения характера вздутия, патологической пульсации, сыпи и пигментного обмена; выслушивают кишечные звуки. Уменьшение или отсутствие кишечных звуков может свидетельствовать о кишечной непроходимости (обструкции), остром перитоните или парезе кишечника [24]. При оценке симптомов определяют наличие, локализацию, интенсивность, длительность, частоту и характер боли. Медсестра устанавливает, распространилась ли боль на другую область живота, стала сильнее или ослабла. Нужно также определить, ассоциируется ли боль с другими симптомами – с тошнотой, рвотой, изменениями в кишечнике. Оценивая рвоту, учитывают ее количество, цвет, консистенцию и запах. Сестринское вмешательство заключается в диагностике и сестринском или хирургическом уходе за пациентом [27].

Важный компонент ухода – наблюдение за водно-электролитным балансом, болью и нервно-психическим состоянием пациента (тревога, беспокойство) [6].

В ряде случаев получить необходимые сведения можно из медицинской документации (амбулаторная карта, выписка из истории болезни) 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 [27].

Конечным результатом первого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации [6].

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 [31].

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 [50].

Типичными проблемами пациентов с хирургическими заболеваниями являются: боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функции кишечника, нарушенный сон, дефицит самоухода и общения [24]. Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медсестру основным звеном между пациентом и внешним миром [35]. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больным сочувственное понимание крайней уязвимости пациента в критическом состоянии [40].

Пациент с «острым животом» страдает острой абдоминальной болью, в связи с чем нужно быстро принять решение [6]. Такое состояние может иметь

разные причины. При острой абдоминальной боли не всегда требуется операция. Чтобы поставить диагноз, надо исключить множество заболеваний. Возможные причины «острого живота»: воспаление (аппендицит, холецистит, панкреатит, язвенный колит, гастрит, пиелонефрит, воспаление органов таза); обструкция или перфорация органов живота; желудочно-кишечные кровотечения или сосудистые заболевания (разрыв аневризмы аорты, окклюзия мезентериальных артерий, внематочная беременность); инфекционные болезни (лямблиоз, сальмонеллез). Боль – один из самых важных симптомов. Пациент может также жаловаться на рвоту, диарею, запор, метеоризм, усталость, увеличение объема живота [20].

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 [32].

Все сестринские проблемы делятся на [46]:

- существующие – проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент;
- потенциальные – проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени.

Установив оба вида проблем, медсестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам [41].

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 [33].

III этап – планирование сестринских вмешательств. Это процесс формирования целей (желаемых результатов ухода) и сестринских вмешательств, необходимых для достижения этих целей [34].

После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента медсестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приемы, сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение [37].

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируется цели и план ухода. Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные [41].

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 [34].

После формулировки целей медсестра составляет план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода [37]. Медсестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием [49]. Действуя, таким образом, медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения [34].

IV этап – выполнение сестринских вмешательств. Этот этап включает меры, которые принимает медсестра для обследования, лечения, профилактики осложнений, реабилитации пациентов [37].

Существует три категории сестринского вмешательства [46]:

- *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, артериального давления, частоты пульса).

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

- *Взаимозависимое* – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

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 [37]:

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

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

V этап – оценка эффективности сестринских вмешательств. Целью пятого этапа является оценка реакции пациентов на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов [33].

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы [46]:

- 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.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит к неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств [50].

Если же поставленные цели достигнуты, проблема решена, то медсестра удостоверяет это, сделав соответствующую запись в сестринской истории болезни, расписывается и проставляет дату [31].

Таким образом, сестринский процесс играет важную роль в уходе и лечении пациентов с хирургическими заболеваниями. Он помогает медсестре понять важность и значимость ее деятельности в процессе подготовки пациента к операции. Медсестра проводит учет и контроль своей деятельности и результатов работы [6].

2.2. Особенности сестринской подготовки пациентов к экстренным операциям на брюшной полости.

Экстренными называют операции, которые выполняют немедленно после поступления больного в стационар, поскольку задержка может привести к гибели больного или вызвать развитие серьезных осложнений заболевания. Целью экстренной операции является спасение жизни больного, поэтому обследование перед операцией может быть минимальным [20].

Выздоровление больного зависит не только от правильно выполненной операции, но и от тщательно проведенной предоперационной подготовки.

Медперсонал хирургического отделения не только должен знать, как выполнить назначение врача, но и понимать, почему сделано это назначение, в чем заключается позитивное действие процедуры и потенциальные негативные последствия невыполнения данного назначения [27]. Врач, назначая схему предоперационной подготовки, должен разъяснять среднему и младшему персоналу цели и особенности подготовки к операции каждого больного и контролировать правильность выполнения назначений [44].

Предоперационная подготовка проводится всем больным. В минимальном объеме и в кратчайшие сроки предоперационная подготовка проводится лишь больным, оперируемым по экстренным и неотложным показаниям [32].

Психоземциональная подготовка больных к операции. Операция по своей сути является фактом агрессии по отношению к организму больного [30]. Именно так подсознательно больной воспринимает предстоящее оперативное вмешательство, при этом в полной мере осознавая необходимость и потенциальную пользу операции. Поэтому тревога и страх больных являются закономерными спутниками любой операции [20]. Предоперационный период – психологически особенно тяжелый для больного. Для него характерны чувство неуверенности, беспомощности, неопределенности, страх перед наркозом, операцией и ее последствиями. Практически каждый пациент нуждается в это время в особом внимании и поддержке [35].

В ожидании операции пациент волнуется, его беспокойство оправдано. Ожидание боли, а в некоторых случаях предчувствие собственной беспомощности в послеоперационном периоде, тревожат и угнетают больного. Медицинская сестра, общаясь с больным, не должна подменять врача и пытаться объяснить ему сущность предстоящей операции [40]. Но она должна поддержать в больном уверенность в том, что благодаря высокой квалификации хирургов и анестезиологов, при помощи лекарств операция и послеоперационный период будут эффективными. Важно убедить пациента в успехе лечения [49]. Нужно дать пациенту возможность выразить свои

беспокойства, сомнения, страхи. Дать ответы на вопросы пациента, разъяснения. Познакомить его с пациентами, перенесшими подобные оперативные вмешательства [35]. Это трудная задача, требующая в каждом случае индивидуального подхода к больному. Независимо от своего собственного настроения необходимо постоянно поддерживать бодрость духа у больного, которому предстоит операция [41].

Медикаментозную подготовку к хирургической операции непосредственно проводит медсестра по назначению врача. Медсестра также готовит к операции кожные покровы, полость рта, желудочно-кишечный тракт больного [44]. Выполняют общий анализ крови, мочи, определяют группу крови и резус-фактор, биохимический анализ крови, по показаниям осуществляют другие лабораторные и дополнительные методы обследования (ультразвуковое исследование, рентгенография, фиброгастродуоденоскопия) [20].

Медработник хирургического отделения должен помнить, что недобросовестное выполнение даже самых малозначительных мероприятий ухода за хирургическим больным, может привести к трагическим последствиям [6].

Существует ряд основных принципов, которые обязательно нужно соблюдать медсестре, чтобы предупредить хотя бы часть возможных осложнений [3].

Предварительная подготовка операционного поля. Большое значение в предоперационной подготовке придается санации кожи больного. Чистота кожного покрова и отсутствие на нем воспалительных процессов является важной мерой профилактики развития гнойного воспаления в послеоперационной ране. Следует удалять волосы непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы. По необходимости (обильное загрязнение, наличие сгустков крови) может быть выполнена частичная санитарная обработка [44]. Медсестра проводит предварительную подготовку

операционного поля, как один из способов профилактики контактной инфекции [6].

Опорожнение мочевого пузыря. Опорожнить мочевой пузырь следует перед любой операцией. Для этого в подавляющем большинстве случаев больной перед операцией должен помочиться. Необходимость в катетеризации мочевого пузыря возникает редко. Это необходимо, если состояние больного тяжелое, он без сознания, или при выполнении особых видов оперативных вмешательств (операции на органах малого таза) [21].

Опорожнение желудка. При заполненном желудке после введения в наркоз содержимое из него может начать пассивно вытекать в пищевод, глотку и ротовую полость (регургитация), а оттуда с дыханием попасть в гортань, трахею и бронхиальное дерево (аспирация). Аспирация может вызвать асфиксию – закупорку воздухоносных путей, что при непринятии срочных мер приведет к гибели пациента, или тяжелейшее осложнение – аспирационную пневмонию [22].

При экстренной операции времени на подготовку отводится мало. Если пациент утверждает, что последний раз он ел 6 и более часов назад, то при отсутствии некоторых заболеваний (острая кишечная непроходимость, перитонит), пищи в желудке не будет. Каких-либо специальных мер предпринимать не нужно. Если же пациент принимал пищу позднее, то перед операцией необходимо промыть желудок с помощью толстого желудочного зонда [25].

Опорожнение кишечника. Перед экстренными операциями делать клизмы не нужно – на это нет времени, процедура эта тяжела для больных, находящихся в критическом состоянии. Выполнять же клизмы при экстренных операциях по поводу острых заболеваний органов брюшной полости противопоказано, поскольку повышение давления внутри кишки может привести к разрыву ее стенки, механическая прочность которой снижена вследствие воспалительного процесса в животе [236].

Премедикация. Премедикация – введение лекарственных препаратов до операции. Она выполняется за 30-40 минут до операции или на операционном столе в зависимости от ее экстренности. После введения лекарственных препаратов больного следует доставить в операционную на каталке или в кресле, предварительно проверив готовность персонала к анестезии и операции [6].

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, на креслах-каталках или носилках-каталках. Для каждого пациента каталка покрывается клеенкой, заправляется чистой простыней и одеялом. Укладывают больного на такую каталку, одевают на его голову шапочку или косынку, на ноги – носки или бахилы [32].

В операционную больного транспортируют головой вперед на каталке хирургического отделения, а в предоперационной его перекалывают на каталку операционной и доставляют в операционный зал. Пациента перекалывают 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 [44]. Транспортировка и перекалывание больного с наружными дренажами, системами для инфузий, интубационными трубками осуществляется с особой осторожностью. Во всех случаях медицинская сестра должна получить четкие указания от врача о том, в каком объеме и к какому сроку она должна выполнить свои обязанности [27].

От предоперационной подготовки больного, включающей приведенные выше наблюдения и исследования, зависит исход операции, а так же последующий послеоперационный период. Правильно проведенная медсестрой предоперационная подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному

вмешательству, создает благоприятный психологический фон, и все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного [6].

2.3. Особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде.

Послеоперационный уход зависит от вида операции. Лапароскопические вмешательства снижают риск послеоперационных осложнений, связанных с уходом за раной и изменением моторики кишечника, уменьшают сроки пребывания больных в стационаре [27].

После операции у пациента может быть установлен назогастральный зонд с целью освобождения желудка от содержимого и газов [23]. Нередко после абдоминальной операции возникают тошнота и рвота; важно установить их причину, назначить противорвотные препараты. Характерно: вздутие живота и метеоризм, обусловленные аэрофагией, неподвижностью, операционными манипуляциями и побочными эффектами [6].

С момента возвращения пациента из операционной лечение продолжают. Пациент должен постепенно возвращаться к нормальной активности, ему рекомендуют голод, затем – частый прием пищи малыми порциями с постепенным увеличением ее количества (по мере переносимости). Пациент должен быть осведомлен о возможных послеоперационных осложнениях и немедленно сообщать врачу о возникновении рвоты, боли, потере веса, об отделяемом по дренажам и изменениях функции кишечника [24]. Вполне естественно, что больные, перенесшие операцию, испытывают некоторые неудобства, выйдя из больницы. Требуется время, чтобы адаптироваться и не ощущать дискомфорта. Многие больные стесняются изменений, и поэтому практически прекращают не только сексуальные, но и дружеские отношения [17].

Основная цель медицинского персонала в адаптационный период – настроить пациента на продолжение обычной жизни [41]. К сожалению, даже

помощь психолога не всегда помогает. Человек замыкается в себе, отгораживается от людей, практически ведет затворническое существование. Поэтому оказание квалифицированной медицинской помощи ни в коем случае нельзя прекращать, пока есть признаки депрессивного состояния [49]. Надлежащий сестринский уход помогает полноценно реабилитировать больного. Иногда должный эффект достигается благодаря не только операции, но и правильно подобранным мерам по уходу [33].

**Осуществление послеоперационного ухода за пациентом
хирургического отделения
1-й день после операции**

Цели ухода	План сестринских вмешательств
1. Ознакомление пациента с режимом двигательной активности	1. Профилактика послеоперационных осложнений. 2. Пациент может двигать руками, ногами, поворачиваться в постели.
2. Ознакомление пациента с диетой	1. Предупреждение возникновения диспепсических расстройств. 2. Пациент может пить теплую воду, минеральную воду без газа (не более 1 стакана в день). 3. Есть нельзя.
3. Ознакомление пациента с возможными осложнениями (боли в области раны)	1. Необходимо сообщить об этом медсестре, врачу. 2. Боли возникают из-за раздражения дренажной трубкой, образовавшимися сгустками. 3. Медсестра при необходимости по назначению врача промоет дренаж, введет обезболивающие препараты.

**Осуществление послеоперационного ухода за пациентом
хирургического отделения
2-й день после операции**

Цели ухода	План сестринских вмешательств
1. Ознакомление пациента с режимом двигательной активности	1. Профилактика послеоперационных осложнений. 2. Пациент может поворачиваться в постели, начинает садиться.
2. Ознакомление пациента с	1. Предупреждение возникновения

диетой	диспепсических расстройств. 2. Пациент может пить теплую воду, минеральную воду без газа (не более 2 стаканов в день). 3. Можно есть нежирные бульоны (говяжий, куриный). Исключают молочные продукты, хлеб, сладкое, овощи, фрукты
3. Ознакомление пациента с возможными осложнениями (боли в области раны, вздутие живота, затруднение отхождения газов)	1. Боли возникают из-за раздражения дренажной трубкой, образовавшимся сгустками. 2. Медсестра при необходимости по назначению врача промоет дренаж, введет обезболивающие препараты. 3. О вздутии живота и затруднении отхождения газов следует сообщить лечащему врачу или дежурной медсестре. При необходимости врач может назначить лекарственные препараты, улучшающие перистальтику кишечника

**Осуществление послеоперационного ухода за пациентом
хирургического отделения
3-й -7 –й день после операции**

Цели ухода	План сестринских вмешательств
1. Ознакомление пациента с режимом двигательной активности	1. Профилактика послеоперационных осложнений. 2. Пациент может передвигаться по палате самостоятельно
2. Ознакомление пациента с диетой	1. Можно есть все, чем кормят пациентов в отделении. 2. Исключают жирную, острую, жареную пищу
3. Ознакомление пациента с возможными осложнениями: <ul style="list-style-type: none"> • боли в области раны; • вздутие живота; • затруднено отхождение газов 	1. Необходимо сообщить об этом медсестре, врачу. 2. Боли возникают из-за раздражения дренажной трубкой, образовавшимся сгустками. 3. Медсестра при необходимости по назначению врача промоет дренаж, введет обезболивающие препараты. 4. При необходимости назначают физиотерапевтическое лечение. 5. Врач может назначить лекарственные препараты, улучшающие работу кишечника

ГЛАВА 3.

ОБЪЕКТ, РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ АНАЛИЗ

3.1. Объект исследования.

Объектом исследования были 100 пациентов в возрасте от 22 до 86 лет, которые находились на стационарном лечении в отделении абдоминальной хирургии.

Нашей целью было определение проблем пациентов, проходящих стационарное лечение с диагнозом «острый живот», организация сестринского ухода за ними, оценка его эффективности.

1. *Распределение обследуемых пациентов по возрасту:* 22-30 лет – 12 чел. (12 %); 31-40 лет – 13 чел. (13 %); 41-50 лет – 17 чел. (17 %); 51-60 лет – 21 чел. (21 %); 61-70 лет – 22 чел. (22 %); 71-80 лет – 10 чел. (10 %); 81-86 лет – 5 чел. (5 %) (Рис. 1).



2. *Распределение обследуемых пациентов по полу.* Среди обследуемых 100 пациентов было: 45 женщин (45 %) и 55 мужчин (55 %) (Рис 2).



3. *Структура патологии обследуемых пациентов:* острый аппендицит – 20 чел. (20 %); острый калькулезный холецистит – 17 чел. (17 %); острый панкреатит – 14 чел. (14 %); острая непроходимость кишечника – 12 чел. (12 %); ущемленные грыжи – 15 чел. (15 %); перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – 13 чел. (13 %); желудочно-кишечные кровотечения – 9 чел. (9 %) (Рис 3).



4. *Распределение обследуемых пациентов согласно проведенного лечения:* консервативное (медикаментозное) лечение проведено 6 пациентам (6 %), сочетанное (оперативное и медикаментозное) – 94 (94 %).



3.2. Определение проблем пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости, реализация сестринских вмешательств и их эффективность.

Сестринская диагностика осуществлялась в процессе сестринского ухода на основании бесед, наблюдений, объективного обследования на протяжении 3-4 недель стационарного лечения. Основными проблемами больных являлись:

№ п/п	Основные проблемы пациентов	Всего
1	Боль	100 чел. (100 %)
2	Диспепсия, тошнота, рвота	96 чел. (96 %)
3	Жар, связанный с повышением температуры тела, озноб	100 чел. (100 %)
4	Кровотечение	9 чел. (9 %)
5	Слабость, головная боль, недомогание, снижение аппетита, связанное с интоксикацией	100 чел. (100 %)

6	Вздутие живота	96 чел. (96 %)
7	Задержка стула, газов	98 чел. (98 %)
8	Депрессия, страх, тревога	65 чел. (65 %)
9	Бессонница	91 чел. (91 %)
10	Необходимость постоянно принимать лекарства	98 чел. (98 %)
11	Дефицит знаний о сущности заболевания и его причинах, последствиях	89 чел. (89 %)
12	Ограничение способности к передвижению и самообслуживанию	95 чел. (95 %)
13	Ограниченная или утраченная трудоспособность	95 чел. (95 %)
14	Намокание повязки	78 чел. (78 %)
15	Наличие дренажа	98 чел. (98 %)

У пациентов были поставлены следующие **сестринские диагнозы**:

1. Сонливость, слабость из-за развития инфекции, интоксикации.
2. Повышение температуры тела из-за развития воспалительного процесса.
3. Бледность кожных покровов из-за интоксикации.
4. Плохой аппетит из-за развития интоксикации.
5. Страх, тревога, депрессия, бессонница, связанные с интоксикацией.
6. Снижение физической активности.
7. Боль в области живота из-за развития основного заболевания.
8. Диспепсия.
9. Кровотечение и связанная с ним анемия.
10. Вздутие живота, задержка стула, газов из-за развития пареза кишечника.
11. Угроза распространения инфекции, сепсиса.

Был составлен список планируемых сестринских вмешательств, который включал в себя:

1. Оказание психологической поддержки пациента до лечения (операции), в послеоперационный период.
2. Проведение предоперационной подготовки пациента.

3. Ведение пациента в послеоперационном периоде. Контроль за регулярным медикаментозным лечением. Выполнение назначений врача.
4. Организация режима пациента.
5. Организация диетического питания пациента.
6. Уменьшение риска осложнений.

Реализация сестринских вмешательств осуществлялась согласно плану:

Планирование	Реализация
Оказание психологической поддержки пациента до лечения (операции), в послеоперационный период.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание адаптивной среды жизнедеятельности больного, формирование у него правильного отношения к заболеванию для успешного лечения и реабилитации. 2. Терпеливое и мягкое обращение с больным. Объяснение пациенту причины возникшего у него состояния, жалоб. 3. Объяснение цели и хода предстоящего лечения или операции, их необходимости.
Проведение предоперационной подготовки пациента.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительная подготовка операционного поля. 2. Опорожнение мочевого пузыря. 3. Опорожнение желудка. 4. Опорожнение кишечника. 5. Премедикация. 6. Транспортировка пациента в операционную.
Ведение пациента в послеоперационном периоде. Контроль за регулярным медикаментозным лечением. Выполнение назначений врача.	<p>Согласно листа назначений:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наблюдение за состоянием пациента. 2. Измерение артериального давления и подсчет пульса 3 раза в день. 3. Измерение температуры тела 2 раза в день. 4. Введение лекарственных препаратов согласно назначениям врача, контроль за своевременным приемом лекарственных препаратов: <ul style="list-style-type: none"> • борьба с болью с применением наркотических и ненаркотических анальгетиков; • борьба с гиповолемией (многокомпонентная инфузионная терапия); • поддержание сердечной деятельности и системного кровообращения, устранение нарушений микроциркуляции (сердечно-сосудистые средства, инфузионная терапия с использованием низкомолекулярных декстранов);

	<ul style="list-style-type: none"> • поддержание функции внешнего дыхания и борьба с гипоксией (достаточное обезболивающее, оксигенотерапия, дыхательная гимнастика, искусственная вентиляция легких в необходимых случаях); • борьба с нарушениями водно-электролитного баланса, кислотнощелочного состояния; • парентеральное питание; • дезинтоксикационная терапия; • восстановление функции выделительной системы. <p>5. Диагностика осложнений, возникающие при парентеральном способе введения лекарственных средств.</p> <p>6. Уход за послеоперационной раной: контроль повязки, перевязка, уход за дренажами.</p>
<p>Организация режима пациента</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постельный режим 2-4 дня с постепенным расширением до полупостельного. 2. В случаях, когда активизация больных отдалается, мерой предупреждения послеоперационных осложнений является лечебная физкультура. 3. Достаточная длительность ночного сна - не менее 8 часов. 4. Придать пациенту нужное положение в постели с учетом локализации патологического процесса. 5. Обеспечить приток свежего воздуха.
<p>Организация диетического питания пациента</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первые сутки – только питье. Пациент может пить теплую воду, минеральную воду без газа (не более 1 стакана в день). 2. Кормление после операций, не сопровождающихся вскрытием просвета желудочно-кишечного тракта, начинают обычно на 2-е сутки небольшими порциями жидкой пищи. Можно есть нежирные бульоны (говяжий, куриный). Исключают молочные продукты, хлеб, сладкое, овощи, фрукты 3. С 5-6-х суток больных постепенно переводят на общую диету. 4. Если операция проводится на органах брюшной полости, то кормление начинают позже, после восстановления деятельности желудочно-кишечного тракта.

		5. Создание благоприятной обстановки во время еды.
Уменьшение осложнений	риска	1. Формирование правильного представления о последствиях болезни, сути реабилитации, направленности реабилитационных воздействий. 2. Профилактические беседы с больным и родственниками о важности своевременного медикаментозного лечения. 3. Информирование пациента о необходимости рационализации питания. 4. Постоянное динамическое наблюдение за состоянием пациента, обеспечение больному дополнительной поддержки, сопровождение пациента к местам приема процедур. 5. Проводить профилактику хирургической внутрибольничной инфекции.

Результат и эффективность проводимых сестринских вмешательств.

За время наблюдения и реализации сестринского ухода (на протяжении стационарного лечения) у большинства пациентов:

- Уменьшилась боль (у 88 чел. – 88,0 %);
- Уменьшились диспепсические явления (у 75 чел. – 75,0 %);
- Ликвидировано кровотечение (у 9 чел. – 9,0 %);
- Нормализовалась температура тела (у 92 чел. – 92,0 %);
- Нормализовалась функция кишечника (у 86 чел. – 86,0 %);
- Улучшилось общее самочувствие (у 85 чел. – 85,0 %);
- Улучшился сон (у 66 чел. – 66,0 %);
- Улучшилось психо-эмоциональное состояние (у 52 чел. – 52,0 %);
- Улучшилась способность к передвижению и самообслуживанию (у 78 чел. – 78,0 %).

Это свидетельствует о высоком профессионализме среднего медицинского персонала, правильном подходе к выполнению своих обязанностей и качественной работе.

ВЫВОДЫ

1. В результате исследования изучены особенности клиники, лечения, пред- и послеоперационного периода неотложных заболеваний органов брюшной полости. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости – заболевания, возникающие внезапно, протекающие остро, сопровождающиеся болевыми ощущениями различной силы, осложняющиеся при несвоевременно начатом лечении перитонитом и имеющие ряд общих симптомов: боль в животе (тупая или острая, приступообразная, или постепенно нарастает), напряжение брюшного пресса при пальпации, положительные симптомы раздражения брюшины, симптомы пареза кишечника со вздутием живота и неотхождение газов, отсутствие перистальтики при аускультации, сухость во рту, тахикардия. «Острый живот» – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости с указанной выше симптоматикой. В общих чертах он отражает клиническую ситуацию, связанную с острой, внезапно развивающейся внутрибрюшной катастрофой, при которой обычно требуется неотложная хирургическая помощь. Термин «острый живот» – собирательное понятие. К наиболее частым заболеваниям, требующим экстренной хирургической помощи относятся: острый аппендицит; острый холецистит; острый панкреатит; острая непроходимость кишечника; ущемленные грыжи; перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки; желудочно-кишечные кровотечения.

2. Обозначены особенности организации сестринского ухода в предоперационном периоде в клинике неотложной абдоминальной хирургии. Предоперационный период – это время с момента принятия решения об операции и до доставки больного в операционную. Основная цель периода – максимально уменьшить возможные осложнения во время и после операции. Основными задачами при подготовке к операции являются: уточнить диагноз, показания к операции и сроки ее выполнения; определить функциональное состояние основных органов и систем (сопутствующие заболевания);

максимально скорректировать выявленные нарушения жизненно важных органов и систем; провести подготовку: психологическую, соматическую, специальную (по показаниям) непосредственно перед операцией и доставить больного в операционную. Реализация сестринского процесса повышает роль и ответственность медицинской сестры в осуществлении предоперационного процесса, как единого процесса активного ведения пациента. Цель сестринского процесса в отношении хирургического пациента – предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности. У хирургических больных – это боль, стресс, диспепсические нарушения, расстройства функций организма, дефицит самоухода и общения. Сестринский процесс – это метод научно-обоснованных и осуществляемых на практике медсестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам. Цели сестринского процесса: обеспечение приемлемого качества жизни пациента в зависимости от его состояния; предупреждение, облегчение, сведение до минимума проблем пациента, помощь пациенту и его семье по поводу дезадаптации, связанной с заболеванием или травмой, поддержка или восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей. Сестринский процесс включает в себя пять этапов: 1) сестринское обследование (сбор информации); 2) определение проблем пациента; 3) планирование сестринских вмешательств; 4) выполнение сестринских вмешательств; 5) оценка эффективности сестринских вмешательств. Проведение предоперационной подготовки пациента предусматривает: предварительную подготовку операционного поля, опорожнение мочевого пузыря, опорожнение желудка, опорожнение кишечника, премедикацию, транспортировку пациента в операционную.

3. Определены особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде в клинике хирургии «острого живота». Основными задачами в послеоперационном периоде являются: борьба с болью с применением наркотических и ненаркотических анальгетиков; борьба с гиповолемией (проводят многокомпонентную инфузионную терапию); поддержание сердечной деятельности и системного кровообращения,

устранение нарушений микроциркуляции (применяют сердечно-сосудистые средства, инфузионную терапию с использованием низкомолекулярных декстранов); поддержание функции внешнего дыхания и борьба с гипоксией (достаточное обезболивающее, оксигенотерапия, дыхательная гимнастика, искусственная вентиляция легких в необходимых случаях); борьба с нарушениями водно-электролитного баланса, кислотнощелочного состояния; парентеральное питание; дезинтоксикационная терапия; восстановление функции выделительной системы.

4. Определены типичные проблемы пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Ими являются: боль (100 чел. (100 %)), жар, связанный с повышением температуры тела, озноб (100 чел. (100 %)), слабость, головная боль, недомогание, снижение аппетита, связанное с интоксикацией (100 чел. (100 %)), задержка стула, газов (98 чел. (98 %)), необходимость постоянно принимать лекарства (98 чел. (98 %)), наличие дренажа (98 чел. (98 %)), диспепсия, тошнота, рвота (96 чел. (96 %)), вздутие живота (96 чел. (96 %)), ограничение способности к передвижению и самообслуживанию (95 чел. (95 %)), ограниченная или утраченная трудоспособность (95 чел. (95 %)), бессонница (91 чел. (91 %)), дефицит знаний о сущности заболевания и его причинах, последствиях (89 чел. (89 %)), намокание повязки (78 чел. (78 %)), депрессия, страх, тревога (65 чел. (65 %)), кровотечение (9 чел. (9 %)). У пациентов были поставлены сестринские диагнозы: сонливость, слабость из-за развития инфекции, интоксикации; повышение температуры тела из-за развития воспалительного процесса; бледность кожных покровов из-за интоксикации; плохой аппетит из-за развития интоксикации; страх, тревога, депрессия, бессонница, связанные с интоксикацией; снижение физической активности; боль в области живота из-за развития основного заболевания; диспепсия; кровотечение и связанная с ним анемия; вздутие живота, задержка стула, газов из-за развития пареза кишечника; угроза распространения инфекции, сепсиса.

5. Изучена эффективность сестринской помощи при лечении пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Был составлен список

планируемых сестринских вмешательств, который включал в себя: оказание психологической поддержки пациента до лечения (операции), в послеоперационный период; проведение предоперационной подготовки пациента; ведение пациента в послеоперационном периоде; контроль за регулярным медикаментозным лечением; выполнение назначений врача; организацию режима пациента; организацию диетического питания пациента; уменьшение риска осложнений. Реализация сестринских вмешательств осуществлялась согласно плану. За время наблюдения и реализации сестринского ухода (на протяжении стационарного лечения) у большинства пациентов: уменьшилась боль (у 88 чел. – 88,0 %); уменьшились диспепсические явления (у 75 чел. – 75,0 %); ликвидировано кровотечение (у 9 чел. – 9,0 %); нормализовалась температура тела (у 92 чел. – 92,0 %); нормализовалась функция кишечника (у 86 чел. – 86,0 %); улучшилось общее самочувствие (у 85 чел. – 85,0 %); улучшился сон (у 66 чел. – 66,0 %); улучшилось психо-эмоциональное состояние (у 52 чел. – 52,0 %); улучшилась способность к передвижению и самообслуживанию (у 78 чел. – 78,0 %). Это свидетельствует о высоком профессионализме среднего медицинского персонала, правильном подходе к выполнению своих обязанностей и качественной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багненко С.Ф. Применение протоколов организации лечебно-диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике / Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г. и др. // Вестн. хир. – 2007. – № 4. – Р. 71-75.
2. Белоконев В.И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом / Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В. // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 24-26.
3. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным / Бержадская М. // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 4. – С. 79-82.
4. Бокерия Л. А. Острые гастро–дуоденальные кровотечения в сердечно–сосудистой хирургии / Бокерия Л. А., Ярустовский М. Б., Шипова Е. А. // М., 2004. – 185 с.
5. Вавринчук С.А. Современные аспекты хирургического лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / Вавринчук С.А., Косенко П.М., Чернышов Д.С. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2013. – С. 241.
6. Волочаева М.В. Сестринский уход в хирургическом отделении / Волочаева М.В., Филиппова Н.В. // Медицинская сестра. – 2010. – № 2. – С. 18-22.
7. Гельфанд Б. Р. Профилактика стресс–повреждений верхнего отдела желудочно–кишечного тракта у больных в критических состояниях / Гельфанд Б. Р., Мартынов А. Н., Гурьянов В. А. и др. // РАСХИ, Методические рекомендации. М., 2004. – 18 с.
8. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях / Гостищев В.К., Евсеев М.А. // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 7-10.
9. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К.Е. Давлицарова // М.: Форум: Инфа – М., 2004. – 386 с.

10. Ефименко Н.А. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв: современные взгляды и перспективы лечения / Ефименко Н.А., Лысенко М.В., Асташев В.Л. // Хирургия. – 2004. – № 3. – С. 56-60.
11. Исаков В.А. Терапия кислотозависимых заболеваний ингибиторами протонного насоса в вопросах и ответах / Исаков В.А. // Consilium medicum. 2006. – № 7. – С. 2–5.
12. Камынина Н.Н. Протоколы выполнения простых медицинских манипуляций как средство повышения качества деятельности медсестер / Н.Н. Камынина // Медицинская сестра. – 2005. – № 8. – С. 35-40.
13. Кригер А.Г. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горский В.А. и др. // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 25–29.
14. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. В кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева. – М., 2004. – С. 523-556.
15. Кубышкин В. А. Эрозивно–язвенное поражение верхних отделов желудочно–кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде / Кубышкин В. А., Шишин К. В. // J. Cons. Med. – 2002. – V. 2. – P. 33–39.
16. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. От хирургии к терапии? / Луцевич Э.В., Белов И.Н. // Хирургия. – 2008. – № 1. – С. 4-7.
17. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Организация сестринского дела. МН.: Высшая школа, 2016. – 302 с.
18. Михайлов А. П. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Учебное пособие / Михайлов А. П., Данилов А. М., Напалков А. Н. и др. // СПб.: изд.–во С.–Петербург. ун–та, 2004. – 96 с.
19. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008.
20. Неотложная абдоминальная хирургия (справочное пособие для врачей) / Под редакцией А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2000. – 496 с.

21. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода / Обуховец Т.П., Складорова Т.А., Чернова О.В. // Ростов-на-Дону, 2000. – 448 с.
22. Организация сестринской деятельности: учебник / под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.
23. Основы сестринского дела: справочник / М.Ю. Алешкина, Н.А. Гуськова, О.П. Иванова и соавт.; под ред. А. М. Спринца. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 463 с.
24. Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие для медвузов / Под ред. А.А. Глухова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.
25. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 320 с.
26. Савельев В.С. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект) / Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. // Новый Хирургический Архив. – 2002. – Т.1, № 5. – С. 25-29.
27. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 720 с.
28. Тоблер Р. Основные медсестринские процедуры. Пер. с англ./ Р. Тоб-лер. М.: Мед., 2004. – 240 с.
29. Тотиков В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. // Хирургия (журнал им. Н.И. Пирогова). – 2006. – № 2. – С. 38–43.
30. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2005. – 784 с.
31. Ackley Betty Nursing Diagnosis / Ackley Betty, Ladwig Gail, Makic Mary Beth Flynn // Handbook. St. Louis, Missouri, 2017: Elsevier.
32. Bucher L. Medical Surgical Nursing / L. Bucher, I. Camera, Sharon; Dirksen et al. // St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby., 2015, P. 187.
33. Colley S. Nursing theory: its importance to practice / Colley S. // Nurs. Stand. – 2003. – V. 17, № 46. – P. 33–37.

34. Doenges Marilyn Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span / Marilyn Doenges // Philadelphia. – 2014, F.A. Davis Company.
35. Erickson M. The Client-Nurse Relationship: A Helping Relationship / M. Erickson, J. Blazer-Riley // St. Louis, Missouri, Elsevier Mosby. – 2012. – In Communications in Nursing, Seventh ed. – P. 16-31.
36. Gowen G.F. Rapid resolution of small-bowel obstruction with the long tube, endoscopically advanced into the jejunum // Am. J. Surg. – 2007. – V. 193, № 2. – P. 184– 189.
37. Hooks Robin Developing nursing care plans / Robin Hooks // Nursing Standard. – 2016. – V. 30, № 45. – P. 64–65.
38. Hugh T.B. Appendicectomy--becoming a rare event? / Hugh T.B., Hugh T.J. // Med. J. Aust. – 2001. – V. 175, № 1. – P. 7–8.
39. Manterola C. Analgesia in patients with acute abdominal pain / Manterola C., Astudillo P., Losada H. et al. // Cochrane Database of Systematic Reviews. –2007. – № 3. – P. 56-60.
40. Miller E. The nurse-patient relationship / E. Miller, G. Nambiar-Greenwood // In Nursing: Communication Skills in Practice. – 2011. – Oxford: Oxford University Press. – P. 20-32.
41. Potter Patricia A. Fundamentals of Nursing (8 ed.) / Potter Patricia A., Perry Anne Griffin, Stockert Patricia A., Hall Amy M. // St. Louis: Mosby. – 2013. – 223 p.
42. Ranji S.R. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? / Ranji S.R., Goldman L.E., Simel D.L. et al. // JAMA. – 2006. – V. 296, №. 14. – P. 1764–1774.
43. Sheldon L.K. Communicating with Different Age Groups and Families. Communication for nurses: talking with patients / L.K. Sheldon // Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Pub. – 2009. – P. 149-159.
44. Shirley Martin Minor Surgical Procedures for Nurses and Allied Healthcare Professionals / Martin Shirley // England: John Wiley & Sons, Ltd. – 2007, 122 p.

45. Smith G. Reduction of gangrenous small bowel by taxis on an inguinal hernia / Smith G., Wright J.E. // *Pediatric Surgery International*. – 2004. – V. 1, № 11. – P. 582-583.
46. Taylor C.R. *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care* / Taylor C.R., Lillis C., LeMone P. et al. // Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. – 2011. – P. 751.
47. Uludag M. Factors affecting morbidity and mortality in mechanical intestinal obstruction / Uludag M., Agkun I., Yetkin G. et al. // *Ulus Trauma Derg.* – 2004. – V. 10. – P. 177–184.
48. Wang Q. Laparoscopic management of recurrent adhesive small-bowel obstruction: Long-term follow-up / Wang Q., Hu Z.Q., Wang W.J. et al. // *Surg Today*. – 2009. – V. 39, № 6. – P. 493–499.
49. Webb, L., & Holland, K. (Eds.) *Nursing: Communication Skills In Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
50. Weir-Hughes Dickon *Nursing Diagnosis in Administration. Nursing Diagnoses 2009–2011, Custom: Definitions and Classification* / Weir-Hughes Dickon John // Wiley & Sons. 2010. – P. 37–40.
51. Weiss A.J. Trends in Operating Room Procedures in U.S. Hospitals, 2001-2011 / Weiss A.J., Elixhauser A. // March 2014. HCUP Statistical Brief #171. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.