**Хирургия: особенности сестринского процесса в послеоперационном периоде (возможные проблемы, цели).**

Время с момента окончания операции до выписки больного из стационара называется послеоперационным периодом.

Состояние больных во время и после небольших по объему операций существенно не меняется, поэтому их лечение осуществляется в палатах хирургических отделений, где проходил предоперационный период. Особенность ухода за такими больными состоит в создании условий для заживления раны (беречь область операционной раны, повязку на ране).

После операций, сопровождающихся нарушением функций основных систем организма, больные переводятся из операционного зала в палату интенсивной терапии отделения реанимации. Перевод больного в хирургическое отделение осуществляется по достижении нормализации основных функциональных систем больного.

В настоящее время нет ни одного хирургического стационара, который бы не имел палаты или отделения интенсивной терапии, куда направляются больные для лечения в первые дни после операции[[[1]](#footnote-1)].

Неотъемлемой функциональной частью специализированного отделения является отделение интенсивной терапии. Очень важно помнить о необходимости обеспечить максимально быстрое поступление больных, находящихся в критическом состоянии.

В отделении должна быть налажена быстрая и удобная связь с вспомогательными диагностическими службами и лабораториями. В связи с тем, что в данном отделении имеется многочисленная аппаратура для оказания неотложной помощи, медицинская сестра должна уделять максимум внимания правильному расположению оборудования, наиболее удобной организации рабочего места. Важно, чтобы доступ к койке больного был свободным со всех сторон, и вся аппаратура находилась в состоянии полной готовности к работе. Поэтому медицинская сестра при вступлении на дежурство обязана проверить работу всей аппаратуры, наличие необходимых лекарств, стерильного материала, кислорода в системе централизованной подачи и в баллонах.

Медицинская сестра в палатах интенсивной терапии должна обслуживать не более двух больных, поэтому в отделении работают одновременно 2 – 3 сестры. Каждая из них должна четко знать свои обязанности. Одна следит за показателями на мониторе, фиксирует изменения в состоянии больных на специальных бланках, другая производит инъекции и различные манипуляции. Контроль за состоянием больного является одной из наиболее важных и ответственных функций медицинской сестры специализированного отделения.

Своевременное информирование врача о всех малейших изменениях в состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объема выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей медицинской сестры подобного подразделения[[[2]](#footnote-2)].

Палата хирургического отделения, где находятся больные, готовящиеся к операции, и больные, уже оперированные, требует безупречного санитарно-гигиенического состояния. Это достигается уборкой палат.

Выделяют ежедневную двукратную плановую уборку, текущую и генеральную уборку.

Ежедневная двукратная плановая уборка. Допустима только влажная уборка. Пол моют с мылом и раствором карбоната натрия, а после мытья дважды протирают выжатой тряпкой. Стены, окна, подоконники, батареи, двери протирают влажной тряпкой (водой с мылом, каустической содой, 0,5 % раствором нашатырного спирта, стиральными порошками с водой) дочиста с последующими протираниями их сухой тряпкой. Так же обрабатывают кровати, тумбочки, стулья, столы, шкафы и т. д. стойки для крепления инфузионных систем и их металлические детали должны быть обработаны после мытья 0,5 % раствором нашатырного спирта, после чего вытерты насухо.

Текущая уборка производится возле кровати больного в пределах площади, которая была загрязнена. Она требуется после перевязок, смены дренажей, постельного белья и др.

Генеральная уборка производится еженедельно. Она включает уборку палат с обработкой пола, потолка и стен дезинфицирующими растворами (например, 3 % раствором лизола или 2% раствором хлорамина). Особенно тщательно обрабатываются операционные, предоперационные и перевязочные залы. В нерабочее время в помещениях производится стерилизация УФО.

Хирургическим больным, длительно не способным самостоятельно совершать гигиенические процедуры, необходим уход за кожей в постели. Ежедневно утром следует мыть лицо и руки больного с помощью губки водой комнатной температуры с мылом, а также обтирать все его тело теплой водой (либо смесью 1/3 шампуня и 2/3 водки), просушивая после этого кожу полотенцем. Ноги моют два раза в неделю в тазу, поставленном на кровать. Во время проведения гигиенических процедур следует избегать сквозняков, проветривания палат и т. д.

У пожилых, ослабленных и истощенных больных необходимо обеспечить профилактику пролежней (некроз мягких тканей кожи и подкожной клетчатки в результате расстройства кровообращения). С этой целью следует часто поворачивать больного, под места наибольшего давления подкладывать слабо надутые резиновые круги[[[3]](#footnote-3)].

Терапия: функциональные обязанности терапевтической палатной медсестры и особенности сестринского процесса при уходе за кардиологическими пациентами (проблемы: диагноз, цели).

При работе с пациентами кардиологического отделения необходимо учитывать все жалобы: характер болей в области сердца, возможные причины их возникновения, продолжительность, иррадиацию, что приносит больному облегчение, особенности жизни, труда. При осмотре нужно обратить внимание на положение в постели; особенности дыхания, наличие одышки, удушья; выражение лица; цвет кожи и слизистых оболочек; наличие отеков; изменения суставов. Также необходимо определить пульс, артериальной давление, температуру тела, сухость или влажность кожи. Для более полного представления о течении заболевания и состоянии пациента нужно ознакомиться с результатами объективных и дополнительных методов обследования. На основании полученных данных медсестра может оценить общее состояние больного.

Медицинская сестра должна знать основные жалобы и симптомы при сердечнососудистых заболеваниях, принципы лечения и профилактики заболеваний сердечнососудистой системы, основные принципы восстановления нарушенных функций и профилактики осложнений; уметь осуществлять уход за пациентами с сердечнососудистыми заболеваниями. Необходимо четко знать симптомы застойных явлений в малом круге кровообращения: одышка, цианоз, кашель, удушье, кровохарканье; в большом круге кровообращения: тахикардия, отеки, тяжесть в правом подреберье, асцит. Медицинская сестра должна обладать умениями и навыками по лечению, оказанию неотложной помощи, реабилитации и наблюдению за пациентами.

При лечении сердечнососудистых заболеваний часто применяют внутривенное капельное введение лекарственных средств. Поэтому медицинская сестра должна уметь правильно и быстро собрать систему для капельного вливания. Осуществляя внутривенное капельное вливание, необходимо постоянно следить за состоянием пациента, скоростью введения раствора.

Медицинская сестра занимается подготовкой к инструментальным и лабораторным методам исследования, рассказывает пациентам о цели исследований, в случае необходимости сопровождает их к месту обследования. Пациенты с сердечнососудистыми заболеваниями часто мнительны и очень восприимчивы к оценке своего состояния, поэтому медицинская сестра должна проявлять такт и терпение в работе с ними, создать атмосферу доверия и сотрудничества.

ЭКГ и фонокардиографию (регистрация звуковых явлений, образующихся при работе сердца) проводят, как правило, с 8 до 10 ч (до физиотерапевтических процедур). Биохимические исследования крови проводят только натощак. Велоэргометрия проводится натощак или через 3 ч после приема пищи.

При работе с пациентами с хронической сердечной недостаточностью медсестра должна внимательно наблюдать, какое положение они занимают в постели, ухудшение состояния требует оказания неотложной помощи.

Медицинская сестра должна следить за питанием, физиологическими отправлениями, гигиеной, диурезом. Обо всех изменениях состояния пациента надо своевременно докладывать врачу.

Важная роль отводится медицинской сестре в процессе реабилитации. Сестра проводит занятия с пациентами лечебной гимнастикой, на тренажерах, в бассейне, контролируя при этом их общее состояние. Медсестра обучает пациента аутотренингу, разъясняет методы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Целями реабилитации являются: предупреждение инвалидности, обеспечение возможности возвращения пациента к профессиональной деятельности, восстановление способности к самообслуживанию, возвращение к активной жизни.

Медсестра начинает свою работу с обследования пациента, выявления наличия симптомов заболевания сердечнососудистой системы и выставления сестринских диагнозов.

Сестринские диагнозы, наиболее часто встречающиеся у пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы: острая боль в сердце, связанная с физической нагрузкой или стрессовой ситуацией, одышка, удушье, периферические отеки, связанные с физической нагрузкой или длительным пребыванием стоя (сидя), асцит, резкое повышение артериального давления, связанное со стрессовой ситуацией или физической напряжением, понижение артериального давления, связанное с переутомлением или метеорологическими условиями, и др.

Кроме настоящих физиологических диагнозов всегда надо иметь в виду потенциальные диагнозы: при острой боли в сердце – некроз сердечной мышцы (инфаркт миокарда); при резко повышенном артериальном давлении – тромбоишемический или геморрагический инсульт, инфаркт миокарда; при наличии одышки – удушье; при наличии периферических отеков – полостные отеки и анасарка и т. д.

Кроме физиологических диагнозов, медсестра выясняет наличие у пациента духовно-психологических и социальных проблем (проблем-спутников): проблемы адаптации, связанные с заболеванием (при болях в сердце – тревога, вызванная возможностью повторного приступа), с уменьшением работоспособности, со страхом смерти, с разлукой с родственниками, домашними животными и др.

Медсестра, выявив проблемы пациента, формирует сестринские диагнозы, оценивает степень значимости каждой из них и устанавливает приоритеты.

Следующий этап деятельности медсестры – планирование индивидуального ухода, удовлетворяющее потребности пациента. Например, сестра планирует устранить острую боль в сердце в течение 10 минут (пациент отметит прекращение острой боли через 10 минут) и далее – пациент будет адаптирован к своей болезни к концу недели.

План ухода составляется на каждую проблему, причем, медсестра для достижения целей ухода должна заручиться пониманием и поддержкой пациента.

Например, выявлена приоритетная проблема (диагноз) – резкое повышение артериального давления, связанное со стрессовой ситуацией. Медсестра ставит краткосрочную цель: облегчить состояние пациента в течение 10-15 минут. Долгосрочная цель: АД будет снижено в течение нескольких часов, дней (в зависимости от обстоятельств и возраста пациента), предупредить повторные повышения артериального давления.

Чтобы выполнить эти цели, медсестра планирует индивидуальный уход:

1. уложить пациента в горизонтальное положение;
2. обеспечить физический и психологический покой;
3. приготовить горчичную ножную ванну;
4. дать таблетку нитроглицерина под язык;
5. поставить горчичники на воротниковую зону;
6. дать выпить 30 капель настойки валерианы;
7. научить пациента избегать стрессовых ситуаций; вызвать врача;
8. обучить пациента методике измерения АД, оказанию самопомощи при его повышении.

Четвертый этап – вмешательство медсестры – сделать все, чтобы выполнить поставленные цели.

Пятый этап – оценка эффективности ухода. Если поставленная цель выполнена не полностью, медсестра корректирует свое вмешательство для достижения поставленной цели.

Например, краткосрочная цель достигнута – пациент успокоился, головная боль уменьшилась, боли в сердце купированы в течение 10 минут. Долгосрочная цель – пациент отмечает удовлетворительное самочувствие и стабилизацию АД до рабочего уровня к концу 1-й недели.

Выполняя сестринское вмешательство, надо быть твердо уверенным в правильной подготовке пациента к проведению специальных действий и в алгоритме действий, указанных в планировании[[[4]](#footnote-4)].

**Педиатрия: особенности ухода за детьми раннего возраста (проблемы и цели) – охарактеризовать один период.**

Уход за новорожденным ребенком.

Уход за новорожденным ребенком требует от медицинской сестры особой внимательности, тщательности и осторожности.

Доношенного новорожденного ребенка переводят из родильного зала в отделение новорожденных через 2 часа после рождения.

Медицинская сестра детского отделения (палаты) сверяет текст медальона с аналогичной информацией, указанной на браслетках и в истории развития новорожденного (фамилия, имя и отчество матери, масса и пол ребенка, дата и час рождения, номер истории родов), расписывается в истории развития новорожденного (учетная форма № 097/у) о приеме новорожденного в детскую палату, старшая медицинская сестра регистрирует его в журнале отделения (палаты), учетная форма № 102/у.

При осмотре ребенка медицинская сестра обращает особое внимание на характер его крика, цвет кожных покровов, состояние пуповинного остатка, отхождение мочи и мекония, проводит вторичную обработку новорожденного.

В случае раннего перевода из родзала (например, в палату интенсивной терапии) новорожденному через два часа после рождения проводится вторичная профилактика гонобленнореи 30 % раствором сульфацила натрия. О проведенной профилактике медицинская сестра делает запись в историю развития новорожденного. Ежедневно два раза в день она проводит туалет новорожденных, перед каждым кормлением пеленает их, а также осуществляет постоянное наблюдение за ними.

Данные наблюдения и вскармливания регистрируются в истории развития новорожденного.

При выписке сведения о новорожденном фиксируются в обменной карте (учетная форма № 113/у).

В уходе за ребенком особое место занимают строгое соблюдение температурного режима выхаживания и выполнение санитарно-гигиенических требований. Новорожденного необходимо оградить от обсеменения патогенной флорой пуповинного остатка, пупочной ранки, кожных покровов и слизистых оболочек.

Предметы ухода за ребенком (пеленки, ватно-марлевые тампоны, шовно-перевязочный материал), а также инструментарий, медикаменты (мази, масла, водные растворы и другое) должны быть только стерильными.

Медицинская сестра обязана ежедневно принимать гигиенический душ, менять халат, работать в хлопчатобумажном платье-рубашке, носках и кожаной обуви. Кольца, браслеты, наручные часы во время работы следует снимать. Ногти должны быть коротко острижены и закруглены маникюрной пилкой.

При выполнении инвазивных вмешательств (пункция сосудов, спинномозговая пункция и др.) и эпидемическом неблагополучии (например, при гриппе) медицинская сестра должна работать в четырехслойной марлевой маске, которую следует менять каждые три часа.

Особое внимание при работе с новорожденными следует уделять чистоте рук. Они обеззараживаются перед входом в палату, а затем перед контактом с кожными покровами каждого ребенка. Для защиты рук персонала больницы от многократного использования антисептиков и профилактики дерматитов рекомендуется пользоваться хирургическими перчатками.

В качестве антисептических и дезинфицирующих средств применяются растворы хлорамина, хлоргексидина биглюконата, спирт этиловый, пероксид водорода, септоцид Р и другие, а также средства нового поколения с бактерицидной, вирулоцидной и противогрибковой активностью:

* для гигиенической обработки рук медицинского персонала – растворы сагросепт, октениман, октенидерм, октинисепт, хибискраб;
* для обработки поверхностей, предметов и инвентаря – микроцид-ликвид, терралин, перформ, виркон, сайдек;
* для обработки изделий медицинского назначения – гигасепт ФФ, лизетол АФ[[[5]](#footnote-5)].

Без глубоких знаний основ патогенеза различных патологий периода, умения оказывать экстренную помощь до прихода врача, предугадывать симптомы развития болезни неонатальным медицинским сестрам невозможно достичь высоких результатов в выхаживании новорожденных, в снижении смертности и инвалидности, несмотря на любой уровень технического оснащения стационара[[[6]](#footnote-6)].

**Инфекционные заболевания: профилактика гепатита «В» и «С» в условиях стационара (диагноз, цели).**

Гепатит В – вирусное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением печени (с развитием желтухи или без нее) и нарушением обмена веществ.

Возбудитель – вирус гепатита В – ДНК-овый вирус из семейства гепаднавирусов.

Источником заражения является больной с любой формой острого или хронического гепатита В, а также хронические «носители» вируса. Больной становится заразным за 2 – 8 недель до появления желтухи. Передача инфекции происходит половым, парентеральным и контактно-кровяным путем. Факторами передачи могут быть плохо простерилизованные медицинские и лабораторные инструменты и приборы. Возможен перинатальный путь заражения.

Медицинская сестра должна знать признаки и симптомы заболевания. В некоторых случаях симптомы заболевания гепатитом В могут отсутствовать, однако это не исключает возможной передачи вируса другим лицам.

Гепатит В может проявляться:

* кратковременным гриппоподобным заболеванием,
* тошнотой и рвотой,
* диареей,
* потерей аппетита,
* потерей веса,
* желтухой (пожелтение кожи и белков глаз, темно-желтое окрашивание мочи и обесцвечивание кала),
* кожным зудом[[[7]](#footnote-7)].

Профилактика гепатита В сводится к вакцинации в группах повышенного риска, выявлению источников инфекции, разрыву естественных и искусственных путей заражения[[[8]](#footnote-8)].

Вакцинация. В течение 3 – 6 месяцев проводится три инъекции вакцины против гепатита В. для определения эффективности процедуры по окончании курса проводится анализ крови. Вакцинация защищает от заражения ВГВ по меньшей мере в течение 5 лет.

Для предупреждения посттрансфузионного и парентерального заражения необходимы: тщательный контроль за донорами, соблюдение правил стерилизации медицинских и лабораторных инструментов, применение одноразовых медицинских инструментов.

Гепатит С – вирусное заболевание, характеризующееся преимущественно хроническим поражением печени с развитием цирроза и первичной гепатокарциномы.

Возбудитель – РНК-овый вирус семейства флавивирусов, чрезвычайно изменчив.

Медсестре необходимо знать, как протекает заболевание гепатитом, чтобы предупредить его развитие на ранних этапах. Заболевшие отмечают недомогание, боли в суставах, затем снижается аппетит, появляются тошнота, болезненность в правом подреберье, изредка повышается температура до 38 градусов. Самочувствие ухудшается: появляется рвота после еды, нарастает слабость, ухудшается сон. Необходимо помнить, что при гепатите С острая стадия заболевания протекает почти незаметно (без «желтухи»), но лет через 10 может быть выявлен хронический гепатит, переходящий часто в цирроз или рак печени.

Необходимо знать, что от момента заражения до момента заболевания проходит определенное время, которое называют «инкубационным периодом». В это время происходит размножение вирусов и накопление в крови специфических частиц – антител, по которым можно судить о наличии заболевания. В течение инкубационного периода (при гепатите С он длится от 3 недель до 3 месяцев) нет явных признаков заболевания, но человек может заражать других, сам этого не зная[[[9]](#footnote-9)].

Эпидемиология. Наибольший риск для заражения представляют цельная кровь и ее препараты. Возможно заражение гепатитом С при парентеральных вмешательствах и при половых контактах. Нередки случаи заражения среди гомосексуалистов.

Вирус передается через кровь, сперму, вагинальный секрет, грудное молоко. Это значит, что заразиться можно:

* при попадании в организм инфицированной крови через ранки на коже, язвочки на слизистых оболочках, при переливании крови, трансплантации органов,
* при использовании общих шприцев и игл,
* при пользовании общими зубными щетками, расческами, бритвенными приборами, мочалками,
* от матери к ребенку во время беременности, родов, кормления грудью,
* при оказании помощи при мелких бытовых травмах (уколы, порезы) без защиты кожных покровов.

Профилактика гепатита С заключается в организации мер по предупреждению посттрансфузионного гепатита, исключении заражения загрязненным медицинским инструментарием[[[10]](#footnote-10)].

Распространению гепатитов способствует и то, что вирусы В и С очень устойчивы во внешней среде, например, при кипячении они погибают только через 30 минут[[[11]](#footnote-11)].

1. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 109, 122. [↑](#footnote-ref-1)
2. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 122. [↑](#footnote-ref-2)
3. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 122. [↑](#footnote-ref-3)
4. Смолева Э. В., Обуховец Т. П. Сестринское дело в терапии. – Ростов н/Д: Феникс, 2001. – 512 с. – С. 215 – 222. [↑](#footnote-ref-4)
5. Сестринское дело в педиатрии: Н. Н. Солодухо, Н. В. Ежова и др. – Минск: «Вышейшая школа», 1999. – 160 с. – С. 5 – 6. [↑](#footnote-ref-5)
6. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 161. [↑](#footnote-ref-6)
7. Гепатит В: Что это такое и что с этим делать? / брошюра Российской ассоциации по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, САНАМ. [↑](#footnote-ref-7)
8. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 230, 231. [↑](#footnote-ref-8)
9. Осторожно! Вирусные гепатиты В и С / Памятка для молодежи. – Вологда, 2002. [↑](#footnote-ref-9)
10. Справочник медицинской сестры / Под ред. Задворной О. Л., Турьянова М. Х. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2001. – С. 230, 231. [↑](#footnote-ref-10)
11. Осторожно! Вирусные гепатиты В и С / Памятка для молодежи. – Вологда, 2002. [↑](#footnote-ref-11)