

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно исследовательская работа

Тема: «Особенности ухода за больными, оперированными на органах
брюшной полости»

Выполнил: студент 3 группы,
1 курса, педиатрического
факультета

Пестерева Диана Николаевна

Проверил: Голуб В.А.

доцент, к.м.н.

Волгоград – 2018 г

Содержание	
Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Глава 1. Литературный обзор.....	6
1.1. Уход за больными, оперированными на органах брюшной полости...6	
1.2. Гнойные осложнения.....	11
Глава 2. Практическая часть.....	13
2.1. Анализ статистических данных	13
Выводы.....	17
Заключение	18
Список литературы.....	19

Список сокращений

А.- абсцесс.

БП- брюшная полость.

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

НИР – научно-исследовательская работа.

ПР – полость рта.

МС – медицинская сестра.

Введение

Специфика хирургии органов БП заключается в сложности анатомических особенностей, реакцией органов на хирургическое вмешательство и потенциальной возможностью развития инфекции при возникновении осложнений [3].

Уход за больными, оперированными на органах БП, требует знаний особенностей послеоперационного периода и возможных осложнений. После оперативного вмешательства пациент становится беспомощным, поэтому именно в этот период он нуждается в помощи медицинского персонала [1].

Актуальность проблемы. Несмотря на достижения современной медицины, одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является помощь пациенту после операции на БП.

А частота возникновения послеоперационных осложнений не имеет тенденции к снижению и в зависимости от вида хирургического вмешательства составляет 6-65%. Незамеченные своевременно симптомы, отсутствие внимательного ухода нередко приводят к тяжелым осложнениям, ведущих к гибели пациента, хорошо перенесшего операцию [4].

Цель: изучить особенности ухода медицинским персоналом в осуществлении ухода за пациентом после операции на органах брюшной полости.

Гипотезой исследования послужило предположение, что оказание квалифицированной помощи среднего и младшего медицинского персонала повысит эффективность лечения больных и снизит сроки пребывания пациентов в стационаре после операций на органы БП.

Задачи:

1. Изучить литературу и рассмотреть особенности ухода за пациентами после операций на органы БП.

2.Познакомиться с основными осложнениями в послеоперационный период.

3.Провести анализ статистических данных, полученных на базе второго хирургического отделения ГБУЗ «ВОКБ №1».

Объектом исследования является уход младшего и среднего медицинского персонала второго хирургического отделения ГБУЗ «ВОКБ №1» после операций на органы БП.

Предмет исследования деятельность медицинской сестры хирургического отделения при уходе за пациентами после операций на органы БП.

База исследования. Исследования проводились во втором хирургическом отделении ГБУЗ «ВОКБ №1».

Методы исследования: 1.Изучение литературы по теме НИР; 2. Проведение анализа количества пациентов с различными диагнозами и осложнениями на базе второго хирургического отделения ГБУЗ «ВОКБ № 1» после операций на органы брюшной полости.

Методологической основой исследования послужили истории болезней пациентов второго хирургического отделения.

Структура НИР: НИР состоит из списка сокращений, введения, двух глав, выводов, заключения, списка литературы, 2 таблиц и 2 диаграмм.

Личный вклад автором. Автором сформулирована цель, задачи исследования, изучены отечественные источники литературы, посвященные вопросам особенностям ухода за пациентами после операций на органах БП.

Анализ, систематизация и обработка полученных данных проводилась автором лично.

Глава 1. Литературный обзор

1.1. Уход за больными, оперированными на органах брюшной полости

Специфика хирургии органов БП обусловлена сложностью анатомии, особенностями физиологии и реакции органов на оперативное вмешательство, высокой потенциально возможностью развития инфекции при возникновении осложнений. Уход за больными, оперированными на органах БП, требует знаний особенностей послеоперационного периода и возможных осложнений.

После операции больного на каталке доставляют в отделение интенсивной терапии или послеоперационную палату. К возвращению больного в палату следует приготовить функциональную кровать, застелить ее чистым бельем, а лучше стерилизованным. В первые часы после операции больного укладывают в горизонтальном положении без подушки (профилактика асфиксии). Полное наблюдение за пациентом до пробуждения.

После пробуждения, его телу придают функционально выгодное положение с поднятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что способствует расслаблению мышц брюшной стенки, обеспечивая покой операционной ране, благоприятные условия для дыхания и кровообращения. Если нет противопоказаний, через 2-3 часа больному разрешают согнуть ноги и повернуться на бок.

Двигательный режим больного определяет врач.

Практически всем пациентам в первые сутки после операции на органы БП разрешается перемена положения тела в пределах кровати, дыхательные упражнения, массаж.

Сразу после операции на область раны кладут пузырь со льдом с целью сужения кровеносных сосудов и предупреждения развития гематомы [5].

После операции на органы БП наблюдается временное нарушение двигательной функции ЖКТ: икота, отрыжка, тошнота, рвота, вздутие кишечника, задержка газов, стула, мочеиспускания.

1. Икота - внезапный сильный вздох при суженной голосовой щели вследствие судорожного сокращения диафрагмы и дыхательных мышц. Причины: рефлекторное раздражение диафрагмального нерва или самой диафрагмы. Уход и лечение: борьба с основным заболеванием, седативные и нейролептические средства, промывание желудка.

2. Отрыжка - внезапное, произвольное выделение через рот газов из желудка или пищевода, иногда с небольшими порциями жидкого содержимого желудка. Причины: избыточное заглатывание воздуха или газообразование в желудке при нарушении его секреторной и двигательной функции. Уход и лечение: опорожнение желудка и промывание его с помощью зонда.

В послеоперационный период наиболее частым и ранним осложнением является нарушение двигательной функции желудка и кишечника, выражающиеся в рвоте.

3. Рвота - сложный акт извержения наружу содержимого желудка. Причины: закрывается выход из желудка и открывается вход, содержимое желудка выталкивается в результате глубокого вдоха диафрагмой и сократившимися мышцами брюшного пресса. Уход и лечение: если состояние больного позволяет сесть, то посадить, поддерживая голову и плечи, подставить таз, обтереть рот и дать воды для полоскания рта. При тяжелом состоянии больного нужно убрать подушку из-под головы, опустить головной конец кровати, повернуть голову больного на бок, чтобы рвотные массы не попадали в дыхательные пути. Под угол рта подставить лоток или подложить полотенце. После рвоты больного умывают, ПР обрабатывают влажным тампоном.

4. При возникновении тошноты с целью предотвращения рвоты необходимо опорожнить желудок с помощью зонда и промыть его. Появление желудочного отделяемого по зонду указывает на правильное расположение его конца.

Для промывания на конце зонда надевают воронку (кружку Эсмарха) объемом 0,5-1л. Воронку держат на уровне колен больного и, наполнив ее водой, медленно поднимают выше рта больного на 25см. как только уровень воды достигает ее дна, воронку опускают вниз и держат в этом положении. Содержимое желудка, разбавленное водой, поступает в воронку, после её наполнения, содержимое выливают в таз. Процедуру повторяют до «чистой воды».

Удобнее промывание делать шприцем Жане, который позволяет контролировать давление при заполнении и опорожнении желудка.

5. После операции иногда больные не могут помочиться. Причины: рефлекторный спазм сфинктера и потеря умения мочиться лежа. Уход и лечение: к мочеиспусканию побуждает льющаяся вода, теплое судно, грелка в область мочевого пузыря, введение спазмолитиков и обезболивающих средств, если это не помогает, производят катетеризацию мочевого пузыря.

Оснащение для катетеризации: стерильный латекс, стерильный вазелин, стерильные катетеры, дезинфицирующий раствор.

А. Необходимо вымыть руки гигиеническим способом, обработать спиртом, надеть перчатки.

Б. Половые органы обмывают водой, обрабатывают дезинфицирующим раствором.

В. Закругленный конец резинового катетера держат пинцетом, а конец наружной части фиксируют между 4 и 5 пальцами.

Г. Катетер смазывают вазелиновым маслом.

Д. При введении катетера мужчине встают справа от него, левой рукой дезинфицируют головку полового члена.

Е. Раскрывают отверстие мочеиспускательного канала, вводят в него закругленный конец катетера, продвигают его пинцетом в мочевой пузырь, несколько вытягивая при этом половой член. При попадании в мочевой пузырь появляется моча.

Д. Женщину перед катетеризацией необходимо промыть. Встать справа от нее.

Е.левой рукой раздвигают половые губы, находят отверстие мочеиспускательного канала.

Ж. Дезинфицируют окружность отверстия. Правой рукой вводят катетер до появления мочи.

6. Метиаризм – скопление газов в кишечнике. Причины: нарушение двигательной активности кишечника, вздутие живота и прекращение отхождения газов. Лечение и уход: введение газоотводной трубки в прямую кишку.

Оснащение: резиновые перчатки, стерильное вазелиновое масло, стерильная газоотводная трубка, стерильный латекс.

Резиновую трубку длиной 30-50 см и диаметром 5-10 мм. Смазав вазелином закругленный конец трубки, ее вводят в прямую кишку на глубину 20-30 см вращательными движениями. Свободный конец трубки опустить в подкладное судно. Через несколько часов удаляют трубку, анус протирают влажным тампоном, в случае раздражения смазывают цинковой мазью. Трубку тщательно моют водой с мылом, кипятят.

После операций на органах БП, особенно по поводу перитонита, у больных наступает атония кишечника.

В хирургической практике клизмы применяют в основном для стимуляции кишечника и его очищения. Эта процедура выполняется в специальной клизменной комнате.

В послеоперационном периоде у больных следует несколько раз в сутки осуществлять контроль за состоянием раны, обращая внимание на удобство, сохранность, чистоту и промокаемость повязки. Изредка между

краями защитой раны в повязку вводят дренаж из тонкой резины для оттока скапливающейся сукровицы, лимфы, смена повязки вокруг дренажа производится врачом в перевязочной. Задачи МС наблюдение за дренажом и смена емкостей с отделяемым (смена всех соединительных трубок 1 раз в день, а количество отделяемого собирается и записывается в историю болезни). Такая повязка подлежит регулярной смене. Если повязка собралась или промокла кровью, лимфой, нужно немедленно поставить в известность лечащего или дежурного врача, а после выполнить его назначение.

В некоторых случаях повязка не меняется, а только подбинтовывается.

У истощенных, онкологических, больных пожилого возраста иногда наблюдается расхождение краев раны с выпадением внутренностей наружу (эвентерация).

Больные с наружными свищами органов пищеварения перевязываются несколько раз в день в перевязочной. Дежурной МС, в вечернее и ночное время, приходится менять повязку достаточно часто. При смене повязки обязательно соблюдать правила асептики и стараться не сменить дренажные трубки.

При смене повязки с желчными и панкреатическими свищами смена повязки должна происходить в присутствии врача. Нередко вокруг этих свищей имеется мерцания окружающей кожи от раздражения желчью и панкреатическим соком. Раздраженную кожу обмывают теплым раствором фурацилина, подсушивают стерильными шариком, после чего наносят толстый слой цинковой пасты, затем накладывают толстую асептическую повязку из нескольких слоев марлевых салфеток с разрезом до середины для дренажа. Вторую салфетку кладут поверх первой в противоположном направлении, разрезанная часть верхней салфетки должна лечь поверх целой части нижней салфетки [2].

1.2. Гнойные осложнения

Ошибки, опасности и осложнения, возникающие при операциях на брюшной полости, являются сложной проблемой клинической хирургии. Важность данной проблемы обусловлена тем, что эти осложнения приводят к неудовлетворительному результату хирургического лечения, а в некоторых случаях и к летальному исходу [3].

С увеличением диапазона и объема операций на органы брюшной полости, за последнее время способствовало увеличению количества послеоперационных осложнений: ранее осложнения встречались у 6-10% оперированных, а сейчас 12-27%. При возникновении осложнений резко снижается качество лечения. Профилактика осложнений, а так же применение новых методов их ранней диагностики и лечения важная проблема абдоминальной хирургии.

Причины гнойных послеоперационных осложнений:

1. Неправильно выбранный оперативный доступ
2. Плохой гемостаз.
3. Излишняя травматизация тканей и органов.
4. Случайные, незначительные повреждения органов (желчных протоков, мочеточников ит.д.).
5. Неправильное сопоставление тканей при наложении кишечных швов.
6. Неумение ограничить брюшную полость при вскрытии полых органов.
7. Случайное оставление инородных тел в брюшной полости.
8. Неудачное размещение дренажных трубок.
9. Выведение через рану дренажей и тампонов.
10. Дефекты в наложении швов (частые, редкие) [2].

Часто встречающимися гнойными осложнениями являются послеоперационные внутрибрюшные и забрюшинные А., флегмоны.

А. БП :

1. Поддиафрагмальные А. (скопление гноя в верхнем этаже БП, ограниченное с какой либо стороны диафрагмой).

2. А. сальниковой сумки (чаще всего панкреатического генеза).

3. А. полости малого таза (ограниченное скопление гноя в прямокишечно-пузырном пространстве у мужчин и пузырно-маточном у женщин).

4. Межкишечные А. (ограниченное скопление гноя в нижнем этаже БП, располагающийся между петлями тонкой и толстой кишок).

5. Послеоперационные пиогенные А. печени (ограниченные гнойные поражения печени, возникающие в результате заноса инфекции гематогенным, лимфогенным путями либо по желчным протокам) [4].

Вывод: рассмотрев особенности ухода и послеоперационных осложнений пациентов хирургического профиля по поводу оперативного вмешательства в органы БП можно прийти к выводу, что только хирургическое вмешательство не может обеспечить полного выздоровления пациента, важную составляющую успешного завершения лечения имеет уход в послеоперационном периоде. А эту задачу в основном выполняют МС, младший медицинский персонал, родственники и сам пациент непосредственно. Поэтому следует быть очень внимательным в алгоритме проведения манипуляций, предотвращающих послеоперационные осложнения.

Глава 2. Практическая часть

2.1. Анализ статистических данных с заболеваниями БП в хирургическом отделении ГБУЗ «ВОКБ №1»

Статистические подсчеты были выполнены самостоятельно путем изучения историй болезней пациентов второго хирургического отделения ГБУЗ «ВОКБ №1».

Во втором хирургическом отделении ГБУЗ «ВОКБ №1» 11 палат (40 коек). На момент прохождения практики загруженность данного отделения составляла 22 человека – 55 %. А по поводу оперативного вмешательства в органы БП в отделении находилось 13 человек, которые составляют 32,5 % от общего количества коек-мест и 59 % от количества пациентов находящихся в стационаре. Процентное соотношение пациентов во втором хирургическом отделении ГБУЗ «ВОКБ №1» представлены в таблице №1.

Таблица №1

«Диагнозы пациентов второго хирургического отделения в процентном соотношении от количества пациентов находящихся в стационаре»

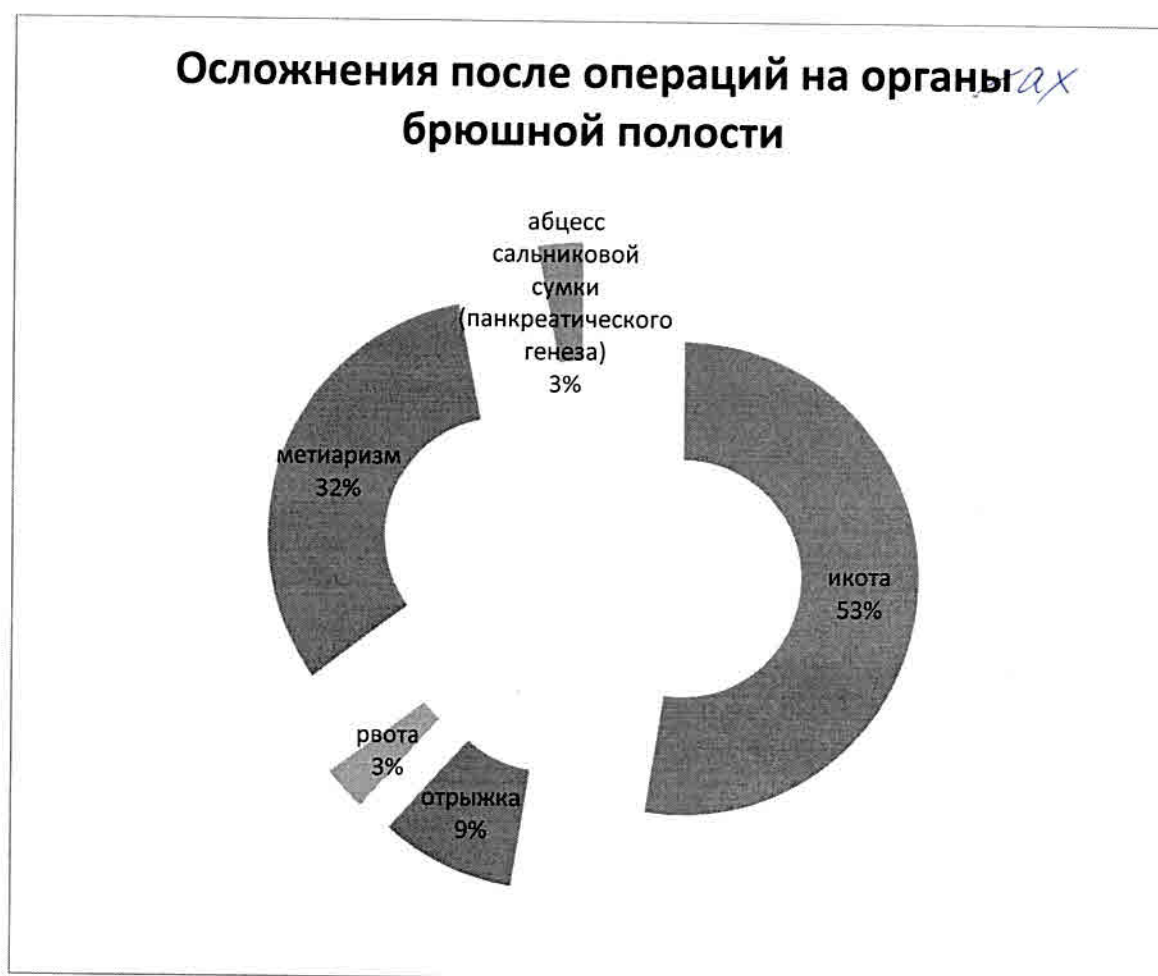
Диагноз	%
Флегмон правой стопы (2 пациента)	9%
Флегмон правого голеностопа (1 пациент)	4,5%
Флегмон левой кисти (1 пациент)	4,5%
Заболевания щитовидной железы (5 пациентов)	22,7%
Гепатиты (2 пациента)	9%
Панкреатит (2 пациента)	9%
Холецистит (4 пациента)	18,8%
Язва желудка (1 пациент)	4,5%
Паховая грыжа (1 пациент)	4,5%
Пупочная грыжа (1 пациент)	4,5%
Послеоперационная грыжа (2 пациента)	9%

Анализируя данные таблицы можно прийти к выводу, что за время прохождения практики с 26.06.2018 по 03.07.2018 большее количество пациентов обратились за медицинской помощью по поводу заболеваний органов БП. Самым распространенным заболеванием органов БП явился холецистит, затем панкреатит, гепатит и послеоперационные грыжи.

Наличие в списке пациентов с послеоперационными грыжами говорит о том, что все правила ухода и гигиены были плохо соблюдены в независимости от благоприятного исхода операций ранее.

Так же в практической части хотелось бы рассмотреть процентное соотношение встречаемости осложнений у пациентов второго хирургического отделения ГБУЗ «ВОКБ №1», которые представлены на диаграмме №1.

Диаграмма №1

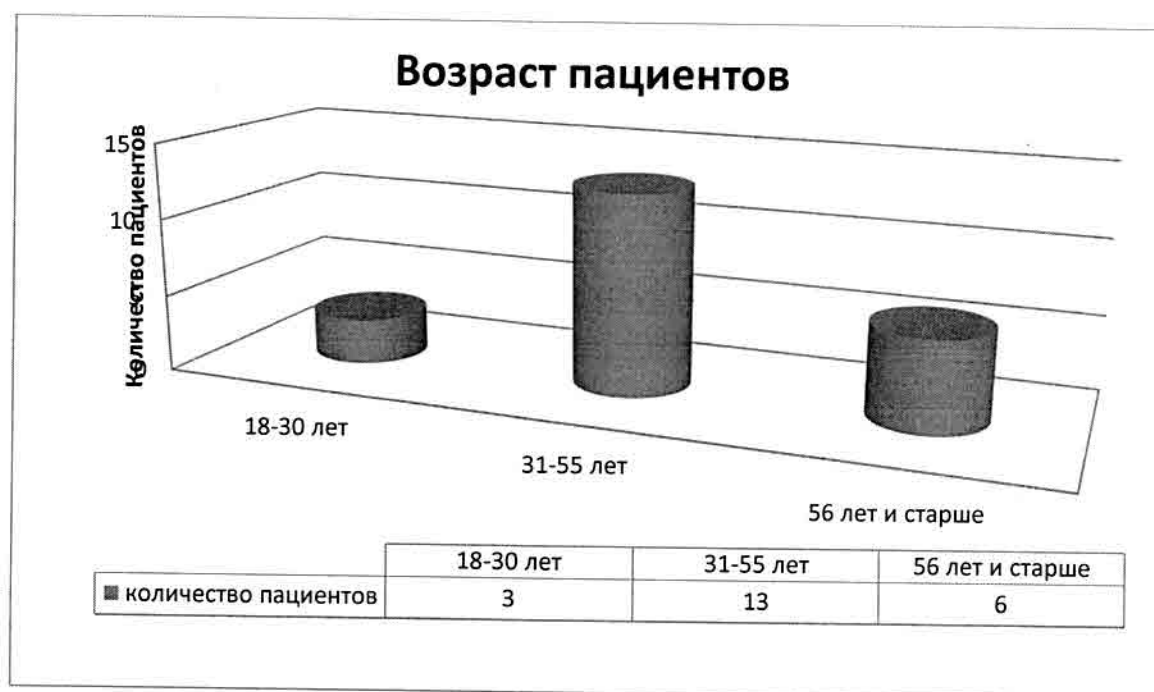


Эти осложнения были выявлены у 15 пациентов (68,1%) данного отделения от общего количества пациентов находящихся в стационаре. Летальности не было наблюденно за время исследования, что свидетельствует о хорошем уходе за пациентом.

Обеспечив борьбу с главным источником возникновения осложнений, можно их предотвратить. Самыми распространенными осложнениями после оперативного вмешательства на органы БП является икота и метеоризм.

Возрастные категории с хирургических больных с заболеваниями органов брюшной полости разнообразна и представлена в диаграмме №2.

Диаграмма №2



Чаще всего прооперированные пациенты с заболеваниями органов БП в возрасте 31-55 лет.

Установлено, что в хирургическом отделении с заболеваниями органов БП прооперированно 9 мужчин (40,9%), 13 женщин (59,1%) (Таблица № 2).

Как мы видим по результатам исследования, чаще всего были прооперированы женщины

«Распределение пациентов по гендерному признаку»

Пол	26.06.2018- 02.07.2018	
	Количество	%
Мужчины	9	40,9
Женщины	13	59,1
Итого	22	100

Вывод: процентное соотношение частоты встречаемости осложнений у пациентов (68,1%), а так же частота оперирования пациентов по поводу заболеваний органов БП (59%) свидетельствуют об актуальности выбранной нами темы, и обуславливает ее социальную значимость.

Выводы

1.Нами были изучены теоретические основы ухода за пациентами, после операций на органах брюшной полости.

2.Мы рассмотрели возможные осложнения, которые могут возникнуть в послеоперационный период (гнойные, не гнойные).

3.Доказали, что соблюдение правил ухода за пациентами данного профиля приведет к снижению встречаемости осложнений.

4.Исследовав карты пациентов второго хирургического отделения, мы пришли к выводу, что операции на органы БП проводятся чаще, чем другие виды операций.

5.Осложнения после операций встречаются у 68,1 % пациентов. Но степень проявления их различна.

6.Правильно проведенное хирургическое вмешательство и грамотный уход за пациентом приведет к скорейшему его выздоровлению. А профилактика осложнений ускорит время выздоровления пациента.

Заключение

В заключении НИР хотелось бы сказать, что в исследовании были рассмотрены особенности ухода за пациентами в послеоперационном периоде, особенности ухода за пациентами при разных осложнениях, статистические данные, полученные в ГБУЗ «ВОКБ №1» на базе второго хирургического отделения.

Наиболее частым источником осложнений явилось несоблюдение правил личной гигиены и некачественного послеоперационного ухода пациентов. Это двухсторонний процесс, от которого зависит благоприятный исход хирургического лечения органов БП. Тщательный уход медицинского персонала за пациентом и небрежное отношение к своему здоровью пациента, может привести к различным послеоперационным осложнениям.


Цель и задачи исследования были достигнуты. Литературный обзор помог нам раскрыть суть важности медицинского ухода в послеоперационном периоде. А статистика показала, частоту встречаемости абдоминальной хирургии в данном отделении на базе ГБУЗ «ВОКБ №1», раскрыла частоту встречаемости осложнений в послеоперационном периоде на данной базе во втором хирургическом отделении. И эти факты лишь доказывают важность и актуальность выбранной нами темы.

Список литературы

1. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум / Н.В.Барыкина, О.В.Чернова; под ред. к.м.н. Б.В.Карабухина.- Изд. 10-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2013. – 460с.
2. Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. – СПб.: Лань, 2014. – 272с.
3. Бисенков, Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей / Л.Н. Бисенков. СПб.: СпецЛит, 2015.-574с.
4. Новиков , В.Н. Внутрипросветная хирургия грудной и брюшной полостей: практическое руководство / В.Н. Новиков, Н.В. Ложкина и др. – СПб.: СпецЛит, 2016. – 115с.
5. Рубинина, Э.Д. Хирургия: Учебник / Э.Д. Рубинина. – М.: Дашков и К, 2015. – 592с.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 3 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб