МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини,

медсестринства та біоетики

Кваліфікаційна (магістерська) робота

за спеціальністю "Сестринська справа"

223 – медсестринство

на тему: ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Виконала: студентка 2 курсу,
групи 3-23-070
ІІІ медичний факультет
Гук А.А.
Керівник:
д.мед.н., професор Єрьоменко Г.В.

Харків – 2025

ЗМІСТ

стор.

ВСТУП..... 3

Розділ 1 ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ, УСКЛАДНЕНЬ ТА ЇХНЯ ПРОФІЛАКТИКА……. 5

1.1. Види післяопераційних ускладнень та їхні причини……. 5

1.2. Перебіг і ведення післяопераційного періоду…… 9

1.3. Можливі ускладнення в післяопераційному періоді та вирішення проблем…….. 13

1.4. Профілактичні заходи……. 19

Розділ 2 МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ…… 23

2.1. Характеристика відділення…….. 23

2.2. Характеристика медичних сестер……. 25

2.3. Роль медичної сестри в організації післяопераційного догляду пацієнтів після оперативних втручань на органах черевної порожнини…… 26

Розділ 3 ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ…….. 30

3.1. Дії медичних сестер по запобіганню післяопераційних ускладнень…….. 30

3.2. Анкетування медичних сестер щодо питанньпісляопераційних ускладнень…….. 33

3.3. Анкетування задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги…… 36

ЗАКЛЮЧЕННЯ…… 40

ВИСНОВКИ..... 42

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 43

Додатки……. 49

ВСТУП

Актуальність

Найважливішість проблеми сестринського догляду в післяопераційному періоді обумовлена тим, що основна тяжкість ведення післяопераційного періоду лежить на медичній сестрі, яка не тільки одночасно вводить хворому ліки, але і здійснює догляд за ним, приймає участь в годуванні, слідкує за гігієнічним станом шкіри і ротової порожнини. Неуважне відношення до перших відхилень від нормального перебігу післяопераційного періоду іноді варто життя хворому. Медична сестра частіше інших контролює покращення стану пацієнта і, тим самим, надає йому першу допомогу.

На медичній сестрі лежить обов'язок навчити правилам догляду за хворими молодший медичний персонал. Досвідчена, уважна медична сестра є найближчим помічником лікаря, від чого часто залежить успіх лікування. В післяопераційному періоді все спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, на нормальне збереження операційної рани, на попередження можливих ускладнень. Правильне і тимчасове виконання лікувальних призначень і дбайливе відношення до хворого створюють умови для швидкого оздоровлення.

Догляд за хворим хірургічного профілю, вважається одним з більш вагомих розділів лікарської роботи. Як би відмінно не було виконано оперативне втручання, без високоякісного догляду медичної сестри за пацієнтом у перед- та, тим більше, післяопераційному періодах, відсоток позитивного результату лікування суттєво знижується.

Головна роль і обов'язок у забезпеченні догляду відводиться лікарю і медичній сестрі. Водночас неможливо недооцінювати і ролі молодшого медичного персоналу. В сучасних критеріях догляд за хворим набуває особливого сенсу, власне що обґрунтовано важливим розширенням показань до оперативних способів лікування, ускладненням самих оперативних втручань та ін.

Медична сестра хірургічного відділення повинна здійснювати догляд на підставі асептики й антисептики, володіти знаннями медичної етики та деонтології, питаннями особистої гігієни пацієнта, підготовки до операції, ведення хворого в перед- і післяопераційному періодах і багатьох інших.

Мета роботи: визначити роль сестринської діяльності в післяопераційному періоді у пацієнтів з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

Завдання дослідження:

1. Вивчити і проаналізувати дані літератури по організації сестринського процесу у післяопераційному періоді після хірургічних втручань.
2. Визначити роль медичної сестри в післяопераційному періоді в хірургічному відділенні
3. Визначити рівень знань медичних сестер відділення щодо післяопераційних ускладнень
4. Проаналізувати отримані дані дослідження щодо задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги.

Об'єкт дослідження: медичний сестринський персонал хірургічного відділення, пацієнти після оперативних втручань на органах черевної порожнини.

Предмет дослідження: организация деятельности медицинской сестры хирургического отделения при уходе за больными после операции на .

*Методи дослідження***:** бібліосемантичний метод (застосовувався для систематизація наукової літератури з питань особливостей післяопераційного періоду та ролі медичних сестер); анкетування (медичних сестер та пацієнтів та пацієнтів щодо питаня післяопераційного догляду); обробка та аналіз результатів дослідження.

Розділ 1
ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ, УСКЛАДНЕНЬ ТА ЇХНЯ ПРОФІЛАКТИКА

1.1. Види післяопераційних ускладнень та їхні причини

Післяопераційні ускладнення - це новий патологічний стан, який не характерний для нормального перебігу післяопераційного періоду і не є наслідком прогресування основної хвороби. Причини ускладнень - це наявність супутньої патології, переоцінка можливостей організму пацієнта перенести операцію, недотримання пацієнтом лікарняного режиму, помилки технічні й тактичні [10].

Ускладнення можуть з'явитися безпосередньо під час проведення операції, такі як пошкодження органів і тканин, ускладнення анестезії, тромбоемболічне ускладнення, кровотеча. З боку органів і систем, на яких проводили оперативне втручання, також можуть виникнути ускладнення, такі як розвиток гнійного інфільтрату, вторинна кровотеча, розбіжність країв рани, порушення функції органа і системи, на якому проводили втручання [3].

Ускладнення, які можуть з'явитися в післяопераційному періоді, такі як серцево-судинна недостатність, інфаркт міокарда та аритмії, колапс, тромбози та емболії, гостра дихальна недостатність, пневмонії та бронхіти, набряк легенів [28].

Дуже важливо відрізняти ускладнення від природної реакції організму на оперативне втручання. Післяопераційні ускладнення на відміну від післяопераційної реакції організму різко затримують одужання, знижують якість лікування і наражають на небезпеку життя пацієнта. Ускладнення виділяють ранні, до 30% за тривалих і великих операцій, і пізні [15].

Діагностика ранніх післяопераційних ускладнень важка. Вона зумовлена насамперед характером і тяжкістю основного захворювання, пізнім проявом, недостатньо ретельною ревізією органів черевної порожнини, недостатньою санацією та адекватністю дренування; по-друге, залежить від досвіду хірурга,

наявності добре організованої діагностичної служби, оснащенням сучасною апаратурою [14].

Частота післяопераційних ускладнень близько 10%, при цьому частка інфекційних - 80%. (госпітальні штами, імунодефіцит). Ризик зростає при екстрених, а також тривалих операціях. Фактор тривалості операції - один із провідних у розвитку гнійних ускладнень - маркер травматичності та технічних проблем [7].

Основними ускладненнями після операції з боку нервової системи є біль, шок, порушення сну і психіки. Болі різної інтенсивності відзначаються у всіх хворих після операції. Сила і тривалість больових відчуттів прямо залежить від обширності, травматичності операції і збудливості нервової системи хворого [31].

Психічна травма і болі можуть призводити до порушення обміну речовин і процесів регенерації тканин. Больові відчуття рефлекторно призводять до порушення діяльності серцево-судинної системи, дихання, парезу кишечнику, затримки сечі тощо.

Для проведення профілактики і боротьби з болями важливо знати, що реакція на больові подразнення однакової сили в одного й того самого хворого буває різною залежно від ступеня втоми, збудливості нервової системи, виснаження, підготовленості психіки до перенесення болю, уваги оточуючих тощо.

Профілактика післяопераційних болів насамперед визначається хорошим контактом хірурга з хворим у передопераційному періоді, зниженням збудливості нервової системи хворого, а також дотриманням правил хірургічної деонтології [26].

З лікувальною метою зазвичай застосовують підшкірні ін'єкції 1 мл 1% розчину морфіну або 2% розчину пантопону 2-3 рази в першу добу після операції. У разі значного болю на 2-у добу роблять ін'єкцію наркотиків 1-2 рази, на 3-тю добу - тільки на ніч. Введення наркотиків може бути продовжено ще на кілька днів, якщо у хворого тримаються сильні болі, проте завжди слід

мати на увазі можливість звикання до них і розвитку морфінізму - важкого захворювання, з яким важко боротися. Крім того, морфін, пригнічуючи діяльність дихального центру, може призвести до застійних явищ у легенях, він знижує обмін речовин, знижує діурез. Проведена в цих хворих на 12-14-й день після операції рентгеноскопія з дачею рідкого барію вказує на повну або майже повну відсутність евакуації зі шлунка. 8 протягом 3-го тижня після операції триває швидке виснаження хворого і рубцювання в ділянці запального інфільтрату анастомоза [41].

Порушення сну є важким ускладненням післяопераційного періоду, яке може бути пов'язане з больовими відчуттями, інтоксикацією, надмірним збудженням нервово-психічної сфери, переживаннями. Боротьба за гарний сон в оперованого хворого є важливим завданням хірурга, тому що безсоння призводить до порушення процесу загоєння рани і одужання [12].

Післяопераційні психічні розлади вираженою мірою відзначають рідко, однак у хірургічних хворих завжди є реакція з боку психіки, реакції, ступінь і характер яких бувають різні.

Післяопераційні психози частіше розвиваються в ослаблених, виснажених хворих, які перебувають у стані інтоксикації. У цю групу зазвичай входять усі види психічних розладів, що трапляються після операції: загострення раніше колишніх психічних захворювань, реактивні стани, реактивно-інтоксикаційні психози тощо. Гострі психічні порушення, що розвиваються зазвичай у ранньому післяопераційному періоді, перебувають у безпосередньому зв'язку з проведеною хірургічною операцією. Післяопераційні психози у вузькому розумінні - явище нечасте (трапляються у 0,2-1,6% хворих, які перенесли порожнинні операції) [15].

Післяопераційні психози не тільки порушують нормальний перебіг післяопераційного періоду, а й створюють пряму загрозу для життя хворого та порушують процеси загоєння. Нерідко вони супроводжуються відмовами від вживання їжі, різкими збудженнями з фізичним напруженням, що створює низку додаткових небезпек післяопераційного періоду.

Зважаючи на це, там, де це можливо, треба для боротьби з болями прагнути ширше користуватися пантопоном, вероналом, пірамідоном, препаратами брому [15].

Важливу роль у відновленні тонусу шлунка відіграє правильний режим харчування, який має бути індивідуальним для кожного хворого і залежати від характеру проведеної операції, ступеня непрохідності анастомозу і часу, що минув з моменту операції. Велике значення має підняття тонусу всього організму шляхом ведення фізіологічного розчину, 5% глюкози, переливання крові [274].

Для боротьби з інфекцією хворому призначають антибіотики (пеніцилін, стрептоміцин, біоміцин тощо), які сприяють розсмоктуванню запального інфільтрату.

У частини таких хворих консервативне лікування не дає успіху і необхідно вдатися до релапаротомії. Повторне втручання повинно проводитися якомога раніше, як тільки стала зрозумілою органічна природа непрохідності. З огляду на виснаження, слабкість хворих, вони мають бути до нього підготовлені вливаннями глюкози, переливанням крові, введенням серцевих засобів тощо. Операцію безпечніше проводити під місцевим знеболенням. Зазвичай операція полягає в накладенні додаткового переднього шлунково-кишкового анастомозу з міжкишковим сполученням, тому що наявність інфільтрату та перивісцериту ділянки анастомозу в тяжкого ослабленого хворого не дають змоги вдатися до радикальнішого втручання [19].

Атонія шлунка або спазм петлі тонкої кишки, що відводить, також призводять до клінічної картини непрохідності анастомоза, але зазвичай явища її не такі постійні, хворий не так швидко зневоднюється і виснажується, відзначається поліпшення від підшкірного введення атропіну, стрихніну. Боротьба з цим ускладненням полягає в постійному або періодичному спорожненні та промиванні шлунка через зонд, шляхом підшкірного введення атропіну, стрихніну, переливання крові тощо.

Відрижка вказує на бродіння вмісту шлунка, переповнення або здавлювання шлунка навколишніми органами. Іноді відрижка відмічається за запального процесу у верхній частині живота, за парезу і розтягнення шлунка [35].

Гикавка - судомне періодично повторюване скорочення діафрагми, що періодично повторюється, - дуже виснажує хворого. Причиною гикавки є подразнення діафрагмального або блукаючого нерва. Локалізація джерела подразнення може бути різною. Так, нерідко гикавка спостерігається при пухлинах середостіння або легені [11].

1.2. Перебіг і ведення післяопераційного періоду

Перебіг післяопераційного періоду може бути нормальним без порушення функцій органів і систем, але може бути й ускладненим, з порушеннями функцій органів і систем, розвитком післяопераційних ускладнень. Зміни в організмі відбуваються завжди після операції і характеризуються як післяопераційний стан. Потрібне динамічне спостереження за станом хворого (частота пульсу, артеріальний тиск, діурез). Є спеціальні палати інтенсивної терапії, де проводять реєстрацію цих параметрів. За необхідності вдаються до спеціальних методів дослідження (визначення ЦВТ, ЕКГ, R-графія); використовують також слідкуючу апаратуру. Обов'язковий динамічний контроль клінічного та біохімічного аналізів крові, сечі [12].

Розлади життєво важливих органів і систем після операції зумовлені видом оперативного втручання, виконаного з приводу захворювання або пошкодження органів черевної порожнини, черевної стінки. Нерідко розвиваються поєднані порушення, коли важко виділити провідну ланку патологічного процесу.

З боку нервової системи: біль, шок, порушення сну, психіки. Біль після операції має місце завжди, але ступінь вираженості його різний, що залежить як від обширності й травматичності операції, так і від збудливості нервової

системи хворого. Зручне положення (Фаулера), глибоке дихання зменшують біль. Доцільне призначення знеболювальних препаратів.

Рідко, але можливий розвиток пізнього шоку. Ретельна передопераційна підготовка, досконале знеболення, атравматичне оперування та обов'язкове спостереження після операції лежать в основі профілактики цього ускладнення.

Порушення сну - часте ускладнення після операції. Болі, інтоксикація, переживання хворого супроводжуються порушеннями сну. Призначення знеболювальних, снодійних препаратів виправдане [2].

За глибокої інтоксикації іноді в післяопераційному періоді розвиваються психози. Поряд із патогенетичною дезінтоксикаційною терапією доцільні введення седативних засобів, ретельне пильне спостереження за хворим, оскільки в стані збудження він може "піти" у вікно (випадок із практики авторів; на щастя для хворого слухачі, які чергували, встигли втримати хворого за ногу, коли іншою ногою він був уже за вікном).

Методи боротьби з інтоксикацією, що розвинулася, на сьогоднішній день різноманітні (детоксикація). Всебічного вивчення потребують критерії діагностики інтоксикаційного синдрому і диференційований підхід до застосування цих методів детоксикації. До останніх належать: гемодилюція з форсуванням діурезу, гемосорбція, лімфосорбція, гіпербарична оксигенація, застосування антиоксидантів і антиферментних препаратів, екстракорпоральна перфузія цільної ксеноселезінки або її зрізів, лазерне й ультразвукове опромінення крові, перитонеальний діаліз тощо. Останнім часом частіше застосовують плазмаферез [39].

Уже в момент наркозу і в ранній післяопераційний період може виникнути гостра дихальна недостатність (ГДН), яка проявляється такими ознаками: виникають набряк слизової бронхіального дерева внаслідок механічної дії інтубаційної трубки; наркотичні суміші сприяють збільшенню кількості та в'язкості бронхіального слизу. Це, своєю чергою, може призвести до обтурації бронхів, що ускладнює газообмін [29].

Біль, обмеження глибини дихання та кашлю перешкоджають очищенню бронхів. Вимушене положення збільшує нерівномірність вентиляції легень, особливо при операціях на органах верхнього відділу живота. Тривалий біль супроводжується бронхоспастичними реакціями.

У кожному конкретному випадку питома вага причин ГДН різна. Післяопераційні ателектази і пневмонії посилюють паренхіматозні розлади газообміну. Тому заходи запобігання і лікування ГДН полягають у відновленні бронхіальної прохідності, розрідженні та видаленні мокротиння, усуненні бронхоспазму. Затримка ж останнього сприяє активації мікробів із розвитком вторинних легеневих ускладнень. Значною мірою розрідження мокротиння і ліквідація бронхоспазму досягаються інгаляційною терапією, застосуванням муколітиків, тобто протеолітичних ферментів, дезоксирибонуклеази тощо. Для видалення мокротиння іноді застосовується лікувальна бронхоскопія. Для лікування кисневої недостатності використовують інгаляції кисню через носоглоткові катетери. Зазвичай при подачі 4-6 л/хв концентрація кисню становить 40%, що цілком достатньо для корекції вираженої гіпоксемії [14].

Застосування наркотичних препаратів у разі болю не завжди виправдане. Вони не тільки формують звикання, а й пригнічують відділення мокротиння. Особливо небезпечні ці препарати в разі непоповненої крововтрати. У людей похилого віку описано випадки термінальних станів після призначення ненаркотичних анальгетиків: анальгіну, реопірину та ін. у поєднанні з антигістамінними препаратами (димедролом, супрастином) або нейролептиками (дроперидолом). Після операцій великого об'єму і травматичності гарний ефект отримують за тривалої перидуральної блокади методом перидурального введення розчинів тримекаїну, лідокаїну через катетер протягом 48-72 годин [39].

Нестача кисню після операції зумовлена зменшенням ОЦК, тобто гіповолемією, ступінь вираженості якої залежить від крововтрати під час операції, паренхіматозної кровотечі, яка триває після неї під час обширних операцій навіть за найретельнішого гемостазу (наприклад, резекції печінки,

екстирпації прямої кишки та ін.).), від скупчення великої кількості рідини в просвіті шлунково-кишкового тракту при його парезі, а також розладах мікроциркуляції [18].

Біль, гіповолемія, гіпотонія, лихоманка після операції змінюють ввідно-електролітний баланс уже в перші години, незважаючи на компенсацію втрат (наприклад, після блювоти) вливанням ізотонічних розчинів в об'ємі добової потреби здорової людини (40 мл/кг). За можливості пиття і достатньої інфузії спочатку загальна кількість води в організмі хворого не змінюється, а настає лише перерозподіл її. Гнійні ускладнення різко збільшують втрати електролітів, особливо під час промивання ран і гнійних порожнин.

Велику роль у попередженні та лікуванні розладів відіграє раннє ентеральне харчування, пиття мінеральної води, соків, компоту. За неможливості прийому через рот об'єм інфузійної терапії може дорівнювати 3-3,5 літрів на добу для дорослого плюс стільки, скільки втрачається з блювотою і по дренажах. З метою поповнення застосовують глюкозокалієві розчини з інсуліном, фізіологічний розчин хлориду натрію, розчин Рінгера-Локка, полііонні суміші, які містять не тільки глюкозу, солі калію і натрію, а й солі кальцію, магнію тощо. Достатність інфузійної терапії контролюється погодинним і добовим діурезом (у нормі 0,8-1 мл/кг/год) [7].

На органах черевної порожнини післяопераційний період має характерні особливості: частий розвиток бронхолегеневих ускладнень, необхідність парентерального харчування, парез шлунково-кишкового тракту, що розвивається зазвичай тією чи іншою мірою практично у всіх хворих.

Обмеження діафрагмального дихання на тлі післяопераційних болів, метеоризму, локалізації операції у верхній половині живота і розвиваються бронхолегеневі ускладнення, які зумовлені гіповентиляцією легень.

Метою парентерального харчування є забезпечення організму достатньою кількістю білків, жирів, електролітів і калорій. Кількість рідини, що вводиться зазвичай внутрішньовенно, залежить від тяжкості стану хворого, характеру й обсягу хірургічного втручання та показників гомеостазу. Коли

хворий починає пити і харчуватися через рот, об'єм трансфузій зменшують, а потім їх зовсім скасовують [4].

1.3. Можливі ускладнення в післяопераційному періоді та вирішення проблем

Післяопераційні ускладнення - це патологічний стан, який не характерний для нормального перебігу післяопераційного періоду і не є наслідком прогресування основної хвороби [11]. Зазвичай, причинами ускладнень є наявність супутньої патології, переоцінка можливостей організму пацієнта перенести операцію, недотримання пацієнтом лікарняного режиму, помилки технічні й тактичні [31]. Ускладнення можуть з'явитися безпосередньо під час проведення операції, такі як ушкодження органів і тканин, ускладнення анестезії, тромбоемболічне ускладнення, кровотеча. З боку органів і систем, на яких проводилося оперативне втручання, також можуть виникнути ускладнення, як-от розвиток гнійного інфільтрату, вторинна кровотеча, розбіжність країв рани, порушення функції органа і системи, на якому проводилося втручання [13].

Можливі ускладнення після операції з боку органів і систем поділяють на ранні (рання й пізня післяопераційна стадії) і пізні (реабілітаційна стадія) [25].

Ранні післяопераційні ускладнення виникають під час перебування хворого в стаціонарі й зумовлені операційною травмою, наслідками наркозу та вимушеним положенням пацієнта. Для хворого, доставленого з операційної, медична сестра готує функціональне ліжко з урахуванням характеру проведеної операції та видом знеболення, щоб уникнути ранніх післяопераційних ускладнень. Так, для профілактики ускладнень після наркозу пацієнта укладають у положення на спині, без подушки, голова повернута набік протягом двох годин. Після місцевого знеболювання необхідно пам'ятати про профілактику блювоти. Для попередження одного з найгрізніших ускладнень з боку післяопераційної рани - вторинної кровотечі -

медична сестра складає такий план догляду. На ділянку рани - міхур із льодом, оцінка стану пацієнта кожні 30 хв (колір шкірних покривів, слизових, вимірювання ЧДД, АТ, пульсу), оцінка стану пов'язки (намокання кров'ю). Усі отримані дані реєструються в аркуші спостереження за пацієнтом і повідомляються лікарю. Наготові мають бути: одноразова система для трансфузій, препарати для зупинки кровотечі.

Також маніпуляції медичної сестри в післяопераційному періоді полягають у запобіганні потрапляння інфекції в ділянку післяопераційної рани, зменшенні проявів запального процесу (зниження вираженості лихоманки, температури тіла тощо), підвищенні опірність організму до будь-яких захворювань, насищенні організму пацієнта оптимальною кількістю кисню, запобіганні застійним явищам у легенях. Також для профілактики ускладнень медичні сестри контролюють життєво важливі показники пацієнта: артеріальний тиск, температуру, частоту дихальних рухів і серцевих скорочень [15].

Пізні післяопераційні ускладнення можуть виникнути після виписки хворого зі стаціонару з боку органів, на яких проводилася операція. Наприклад, хвороба оперованого шлунка, спайкова хвороба, фантомні болі після ампутації кінцівки тощо. Можливі ускладнення з боку післяопераційної рани у вигляді лігатурного свища, післяопераційної грижі, келоїдного рубця. Лікування цих станів проводиться амбулаторно хірургом поліклініки, а деякі з них вимагають повторної операції (післяопераційна грижа, келоїдний рубець) [16,17].

Симптомами парезу шлунково-кишкового тракту є відчуття здуття і тяжкості в животі, відрижка або блювота застійним шлунковим вмістом, здуття живота, затримка випорожнень, не відходження газів, різке ослаблення кишкових шумів під час аускультації. Вони виникають наприкінці 2-х - початку 3-х діб після операції. З метою профілактики і лікування цього стану наступного дня після операції проводять постійне або періодичне (2 - 3 рази на день) зондування шлунка, а з 2-го дня ставлять клізми - звичайні,

гіпертонічні, вазелінові, а також за Огнєвим (30 мл гліцерину, 30 мл перекису водню та 40 мл 10% р-ну хлориду натрію) [22].

У тих випадках, коли порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту діагностують ще до або під час операції, вдаються до тимчасової гастростомії на фолієвському катетері (постійний сечовий катетер) або до різних варіантів інтубації кишечника. Нормалізації моторно-евакуаторної функції кишечнику сприяють також ранній прийом рідини та їжі через рот, раннє вставання та ЛФК, відмова від тривалого застосування наркотиків, що уповільнюють пасаж харчових мас по шлунково-кишковому тракту [28].

Після операцій на шлунку, дванадцятипалій і тонкій кишці перші 2 доби хворий перебуває на парентеральному харчуванні. На 3-тю добу дозволяється пити до 500 мл рідини (води, чаю, фруктових соків, бульйону і киселю). За відсутності застою в шлунку з 4-х діб призначають дієту, що виключає речовини, які є сильними збудниками секреції, а також механічні, хімічні та термічні речовини, які подразнюють слизову оболонку шлунку (їжу дають тільки в рідкому і кашкоподібному вигляді). З 7-8-ї доби - механічно і хімічно щадна дієта: їжу дають у рідкому і кашкоподібному вигляді, більш щільну їжу - у вареному і переважно протертому вигляді. У перші два-три дні після операції 2 рази на день проводять аспірацію шлункового вмісту через зонд, у наступні дні зондування шлунка продовжують за показаннями. Сидіти і ходити дозволяють із 2-3-ї доби. Шви знімають на 7-8-у добу, а в ослаблених хворих - на 12-14-у добу. Виписку хворих із хірургічного відділення проводять на 8-15-ту добу [25].

Після операцій на жовчному міхурі - холецистектомії, холецистостомії - з 2-ї доби призначають дієту щадну дієту. За гладкого пысляопераційного перебігу дренажі з черевної порожнини видаляють на 3-тю добу, тампони - на 4-ту добу, дренаж із загальної жовчної протоки за прохідності її дистального відділу - на 15-20-ту добу. Сидіти і вставати дозволяють після припинення

дренування черевної порожнини. Залежно від характеру оперативного втручання хворих виписують на 10-25-ту добу [35].

Після операцій на товстій кишці, що супроводжуються створенням товстокишкового анастомозу, з 2-х діб призначають максимально щадну дієту з включенням легкозасвоюваних продуктів, вживання рідини, як правило, не обмежують. З 2-ї доби протягом 5 днів хворий п'є вазелінову олію по 30 мл 3 рази на день. Клізми, як правило, не призначають.

Ведення хворих із колостомами здійснюється так само, як і після резекції товстої кишки. Якщо колостомія проводиться в екстреному порядку, кишку розкривають якомога пізніше, коли встигнуть утворитися зрощення між виведеною кишкою і парієтальною очеревиною. За виражених явищ непрохідності кишківника слід пунктирувати виведену кишку товстою голкою або розкрити її просвіт електроножем протягом 1-1,5 см. За відсутності явищ наростаючої кишкової непрохідності кишку розкривають на 2-4-у добу після операції. Виписують хворих після операцій на товстій кишці на 12-20-ту добу [30].

Найважчим ускладненням після операцій на органах черевної порожнини є неспроможність швів, що накладаються на стінку шлунка або кишківника, і анастомозів між різними відділами шлунково-кишкового тракту. Частіше спостерігається неспроможність стравохідно-кишкового і стравохідно-шлункового, рідше шлунково-кишкового і товстокишкового анастомозів, після резекції шлунка - неспроможність швів кукси дванадцятипалої кишки [26].

Клінічна картина неспроможності швів різна. Іноді вона проявляється на 5-7-у добу раптовим початком, що супроводжується різким болем у животі, напруженням м'язів передньої черевної стінки, симптомами подразнення очеревини, колаптоїдним станом. Частіше починаючи з 3-4-ї доби з'являються тупі болі в животі, зазвичай без чіткої локалізації, температура піднімається до 38-39°, стійкий парез шлунково-кишкового тракту не піддається консервативним заходам, поступово наростають симптоми подразнення

очеревини. З метою діагностики недостатності швів проводять рентгенологічне дослідження з контрастуванням шлунково-кишкового тракту. У сумнівних випадках використовують катетер, який вводять у черевну порожнину після зняття з операційної рани одного-двох швів, а також лапароскопію. Лікування в разі неспроможності швів - оперативне [19].

Недостатність швів є найчастішою причиною післяопераційного перитоніту. У зв'язку з широким застосуванням антибіотиків клінічна картина післяопераційного перитоніту змінилася. Післяопераційні перитоніти можуть бути млявими, атиповими, зі змазаною клінічною картиною, і гострими, що нагадують перфорацію порожнистих органів [41].

Ранніми симптомами перитоніту є частий малий м'який пульс, який не відповідає температурі й загальному стану хворого, наростаючий парез кишечнику, болючість живота, напруження м'язів черевної стінки, збудження, занепокоєння, ейфорія чи, навпаки, депресія, безсоння, наростаюча сухість у роті, спрага, гикавка, нудота й блювота. Лікування - рання релапаротомія, ліквідація вогнища інфекції, санація черевної порожнини та декомпресія кишечнику [34].

У післяопераційному періоді після внутрішньочеревних операцій, особливо на шлунку, підшлунковій залозі та жовчовивідних шляхах, може розвинутися гострий панкреатит. Головними причинами його є травматизація підшлункової залози під час втручання і порушення відтоку з жовчовивідних і панкреатичних проток. Зазвичай післяопераційний панкреатит проявляється на 3-4-у добу після оперативного втручання. Діагностика панкреатиту в післяопераційному періоді важка, тому що часто він розвивається на тлі важкого післяопераційного перебігу і має стерту клінічну картину. У цих випадках важливе значення має динамічне спостереження за рівнем амілази в крові та сечі. Лікування панкреатиту в післяопераційному періоді зазвичай консервативне: цитостатичні й антиферментні препарати, новокаїнові блокади, проведення форсованого діурезу, місцева гіпотермія, антибіотики тощо. За появи ознак перитоніту або формування гнійника показана операція,

мета якої - видалення секвестрованих ділянок залози, місцеве введення інгібіторів ферментів, дренування сальникової сумки та черевної порожнини [23].

Серйозним ускладненням післяопераційного періоду є механічна непрохідність кишківника, причиною якої найчастіше буває спайковий процес унаслідок травматизації серозного покриву шлунково-кишкового тракту під час операції та обмеження рухливості кишківника в місцях ушкодження. Рання діагностика становить значні труднощі, тому що початкові симптоми механічної непрохідності кишечника і післяопераційного парезу шлунково-кишкового тракту дуже схожі. Однак наполеглива затримка газів, здуття живота, бурчання в кишечнику, переймоподібні болі та ін. повинні насторожити. Наростання клінічних і рентгенологічних ознак непрохідності кишечника є показанням до релапаротомії. Операція зводиться до усунення непрохідності і до декомпресії шлунка і кишечника [17].

Шлунково-кишкова кровотеча, що виникає іноді після операцій на шлунку, зазвичай з'являється на 1-2-ту добу після операції і супроводжується типовою симптоматикою. Лікування таких хворих, як правило, консервативне: промивання шлунка крижаною водою або амінокапроновою кислотою, прийом перорально тромбіну, ін'єкції вікасолу, хлориду кальцію тощо. Ефективною може виявитися діатермічна або лазерна коагуляція джерела кровотечі під час гастроскопії. До релапаротомії вдаються за показаннями, коли вичерпані всі методи консервативного лікування [8].

Нерідко, особливо після операцій на шлунку, розвивається анастомозит. Він виникає зазвичай на 3-4-у добу після операції і проявляється наполегливим застоєм у шлунку або його культі, іноді постійними тупими болями у верхній половині живота, субфебрильною температурою. Діагноз анастомозиту ставлять на підставі даних рентгенологічного та ендоскопічного дослідження. Під час лікування анастомозиту обмежують вживання навіть рідини або повністю переводять на парентеральне харчування та проводять протизапальне лікування.

Ефективна рентгенотерапія - дрібно по 25-30 рад (0,25-0,3 Гр) на сеанс, усього 5-6 сеансів, загальна доза 150-200 рад (1,5-2 Гр). Доцільна також ендоскопічна інтубація анастомоза тонким катетером, що дає змогу ентерально вводити рідкі поживні суміші й обмежити або виключити парентеральне харчування. Перебіг анастомозиту, як правило, вельми наполегливий. Навіть у разі інтенсивного лікування прохідність анастомоза відновлюється лише через кілька днів, а іноді й тижнів [18].

В онкологічних, різко ослаблених і виснажених хворих, у хворих на цукровий діабет і з нагноєнням операційної рани може виникнути евентрація (про це нижче), що є показанням до повторного оперативного втручання - ушивання передньої черевної стінки.

Ускладнення, які можуть статися в ранньому післяопераційному періоді, поділяють за органами і системами, в яких вони відбуваються. Часто ускладнення зумовлені наявністю у хворого супутньої патології.

1.4. Профілактичні заходи

Профілактика ускладнень, які можуть розвиватися в післяопераційному періоді з боку систем життєзабезпечення, багато в чому визначається лікуванням супутньої патології [43].

Основи профілактики ранової інфекції закладаються на операційному столі. Після операції ж слід стежити за нормальним функціонуванням дренажів, оскільки скупчення неевакуйованої рідини може стати гарним ґрунтом для розмноження мікроорганізмів і бути причиною гнійного процесу. Крім того, необхідно здійснювати профілактику вторинної інфекції. Для цього наступного дня проводять зміну пов'язки, з подальшою обробкою післяопераційного шва антисептиком і накладають нову асептичну пов'язку.

Пов'язку з антисептиком змінюють щодня, а мазеві пов'язки через 2-3 дні або в міру просочування пов'язки вмістом, тобто за показаннями [35].

Профілактика захворювань серцево-судинної системи полягає в: контролі за частотою дихальних рухів, пульсом, артеріальним тиском.

Необхідно еластичним бинтом провести бинтування нижніх кінцівок у хворих із ризиком тромбоемболічних ускладнень (із надлишковою вагою, із варикозною хворобою нижніх кінцівок та ін.) після операції. Для профілактики цього виду ускладнення застосовують антикоагулянти і дезагреганти, які покращують властивості крові. Необхідна рання активізація хворих (зміна положення тіла пацієнта в ліжку), лікувальна фізкультура, фізіопроцедури, а також корекція водно-електролітного балансу [10].

Профілактика захворювань органів дихання: достатнє знеболення, надати положення Фаулера, оксигенотерапія. Необхідне проведення хворим глибокого вдиху і видиху, дихальна гімнастика (роздмухування кульки, запропонувати хворому "посвистіти"), вібраційний масаж грудної клітки, рівномірне зігрівання тіла хворого, застосування гірчичників, банок, а також регулярне провітрювання палати.

Заходи щодо попередження виникнення ускладнень органів травлення: профілактика парезу кишечнику закладається ще під час операції - це дбайливе ставлення до тканин, не порушувати принципів асептики, ретельний гемостаз, новокаїнова блокада кореня брижі наприкінці втручання. Принципами профілактики та боротьби з парезом після операції є також рання активізація хворих, збалансоване та раціональне харчування, дренування шлунка, введення газовідвідної трубки, застосування гіпертонічної клізми та введення засобів стимуляції моторики (гіпертонічний розчин, прозерин, пітуїтрин); фізіотерапевтичні процедури [28].

Профілактика захворювань сечовидільної системи. У разі порушення сечовипускання насамперед необхідно застосувати механічні методи для усунення олігурії. Пацієнту дозволяють встати з ліжка, пропонують допомогти відвести до туалету для відновлення звичної для акту сечовипускання обстановки. Необхідно ввести анальгетики та спазмолітики, покласти теплу грілку на надлобкову ділянку. Якщо ж ці заходи залишаються неефективними, то тільки після цього проводять катетеризацію сечового міхура. Під час катетеризації суворо дотримуватися правил асептики. У тих

випадках, коли стан хворого важкий і потрібне постійне спостереження за діурезом, катетер залишають у сечовому міхурі на весь час раннього післяопераційного періоду [37].

Комплекс профілактичних заходів для захворювань нервової системи: не допускати розвитку ускладнень, забезпечити адекватне знеболення, організувати активне дозвілля пацієнта - прогулянки, читання, бесіда з рідними.

Профілактикою шоку є правильний вибір методу знеболювання оперативного втручання і найближчого післяопераційного періоду. Будь-яка операційна травма, яка за своїм характером може спричинити шок, потребує негайної інтенсивної терапії, спрямованої на попередження розвитку цього ускладнення.

Заходи, що запобігають виникненню пролежнів: міняти положення хворого кожні дві години; стежити за станом натільної та постільної білизни; підкладати гумові круги в ділянці максимального дотику тіла до ліжка для зміни характеру тиску на тканини; використовувати протипролежневий матрац; не слід допускати надмірного зволоження або сухості шкіри: у разі надмірного зволоження - підсушувати, використовуючи присипки без тальку; у разі сухості - зволожувати кремом, застосовуючи для цього різні професійні (косметичні) засоби; миття шкіри проводити без тертя, без шматкового мила, використовуючи для цього професійні (косметичні) засоби, медичні вироби для догляду за шкірою. Миття шкіри проводити без тертя і кускового мила, використовуючи для цього професійні (косметичні) засоби, медичні вироби для догляду за шкірою, наприклад, мийний лосьйон, піну тощо. Ретельно висушувати шкіру після миття промокальними рухами, приділяючи особливу увагу шкірним складкам і проблемним зонам. У разі проведення масажу не піддавати ділянки зон ризику тертю; робити дихальні вправи щогодини: повільний вдих через рот, видих через ніс [35].

Профілактика паротиту складається з низки заходів: санації порожнини рота до операції; стимуляція слиновиділення (полоскання рота, протирання

ротової порожнини розчинами перекису водню, гліцерином, лимоном, давання жувальних гумок) [13].

Одужання пацієнтів після оперативних втручань залежить не тільки від технічно ідеально виконаної операції, а й від ефективної передопераційної підготовки, якісного догляду, відповідного тяжкості стану хворого в післяопераційному періоді.

Розділ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Характеристика відділення

Робота у хірургічному відділенні КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» ХМР проводиться у цілодобовому режимі. За необхідності до 20 порожнинних операцій на добу. В наявності 1 ендоскопічна стійка, завдяки якій існує можливість виконання до 150 лапароскопічних операцій на рік.

Профільними для відділення є такі захворювання:

- доброякісні новоутворення заочеревинного простору, черевної порожнини і шлунково-кишкового тракту;
- захворювання підшлункової залози,
- захворювання жовчного міхура - неускладнені й ускладнені (холедохолітіаз, холецистит);
- гострий панкреатит;
- апендикулярний інфільтрат, хронічний апендицит;
- будь-які види кишкової непрохідності;
- абсцеси селезінки та ін.;

У хірургічному відділенні завжди є можливість проходження швидкого комплексного обстеження. За необхідності пацієнти можуть бути переведені з інших хірургічних відділень стаціонару, де їх оперували за екстреними показаннями.

Переводяться також хворі, які потребують подальшого доліковування в більш придатних умовах.

Фахівці відділення на професійному рівні проводять ендоскопічні втручання. Фахівці відділення здатні проводити різні операції:

- фундоплікації;
- дренувальні операції на шлунку (гастроентероанастомоз і пілоропластика)

- резекції шлунка з приводу різних новоутворень і виразкової хвороби, а також будь-які види ваготомії;
- операції реконструктивного типу на товстій кишці;
- грижесічення місцевими тканинами, під час якого використовують сітки- ендопротези (зокрема й такі, що фактично унеможливлюють рецидиви, - титанові),
- ендоскопічне грижесічення;
- видалення доброякісних утворень заочеревинного простору і черевної порожнини як за допомогою ендоскопічної методики, так і традиційними способами;
- операції, метою яких є вирішення кишкової непрохідності, ендоскопічні втручання в тому числі (стентування);
- резекції товстої і тонкої кишок при розвитку різних захворювань;
- лапароскопічна і відкрита холецистектомія;
- видалення підшкірної клітковини і доброякісних новоутворень шкіри;
- висічення параректальних свищів і кіст куприка, гемороїдектомія;
- гастроектомії в разі виникнення ускладнених злоякісних злоякісних утворень шлунка.

Цілодобові діагностичні можливості хірургічного відділення виглядають наступним чином:

- електрокардіографія,
- всі види аналізів,
- УЗД усіх областей,
- лабораторна діагностика,
- рентгеноскопічні методи дослідження,
- рентгенохірургічні ендоваскулярні методи лікування та обстеження (ангіографія),
- ендоскопічні дослідження (колоноскопія, бронхоскопія, гастроскопія), діагностична лапароскопія.

Проведення оперативного лікування проводиться без черги, а в разі потреби - безпосередньо в день госпіталізації. Також проводиться госпіталізація хворих, які потребують консервативного лікування загострень.

За 2024 рік оперативні втручання на органах черевної порожнини було виконано 2913 пацієнтам з приводу жовчнокам'яної хвороби, апендициту, гострої кишкової непрохідності, защемленої грижі, гострого панкреатиту, перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки (табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Кількість виконаних оперативних втручань

Нозологія	абс./%
Жовчнокам'яна хвороба	962 (33,4%)
Апендицит	699 (23,9%)
Защемлення грижі	349 (11,9%)
Гостра кишкова непрохідність	291 (9,9%)
Гострий панкреатит	262 (8,9%)
Перфоративна виразка шлунка	176 (6,2%)
Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки	174 (5,9%)
Всього	2913

2.2. Характеристика медичних сестер

Нами було розроблено анкету (додаток), в якій брали участь 30 медсестер двох хірургічних відділень КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» ХМР. Вік медсестер варіював від 22 до 55 років. Наведені дані свідчать про те, що найбільша кількість медсестер була у віці від 30 до 39 років – 12 (40%) (рис. 2.1).

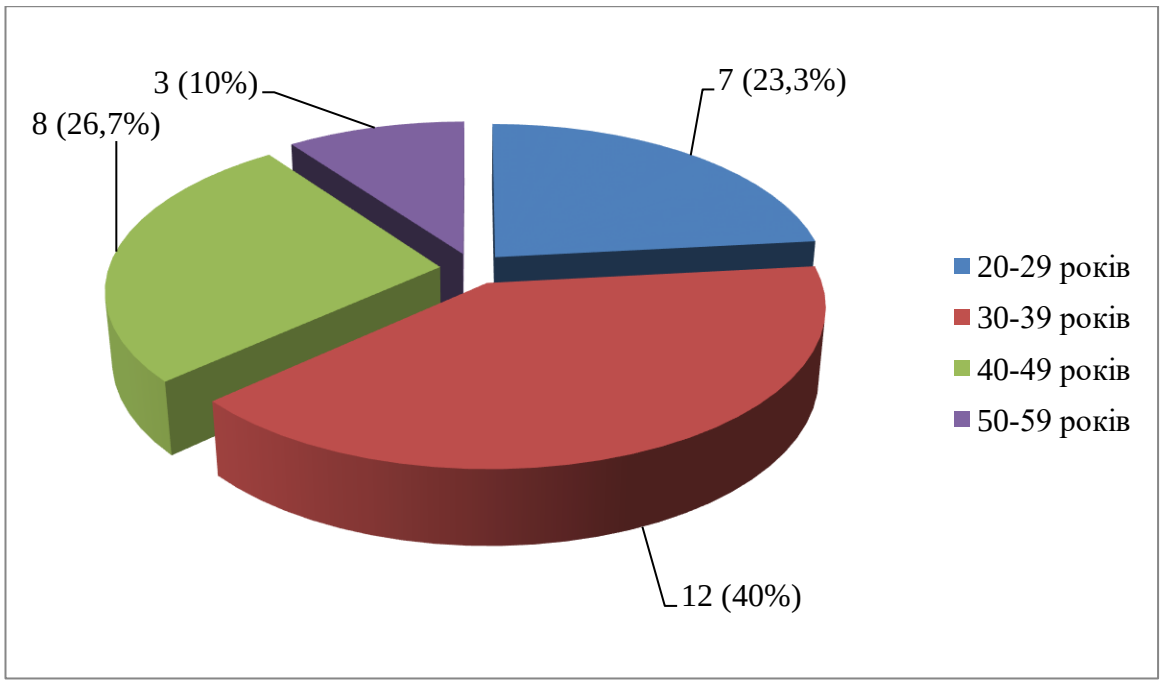


Рис.2.1. Розподіл медичних сестер за віком

Стаж медичних сестер варіював від 3 років до 35.

Необхідно відзначити прямий кореляційний зв'язок між стажем та категорією медсестер. Вища кваліфікаційна категорія була у 20 (66,7%) опитаних з терміном стажу понад 20 років, перша – у 7 (23,3%) зі стажем понад 10 років та друга – у 3 (10%) медсестер зі стажем понад 5 років.

2.3. Роль медичної сестри в організації післяопераційного догляду пацієнтів після оперативних втручань на органах черевної порожнини

Від професіоналізму медичної сестри залежить успішність проведеної операції.

Палата і ліжко хворого. На час закінчення операції все має бути готове до прийому хворого. Палату заздалегідь провітрюють, готують ліжка з чистою білизною і ретельно розправляють простирадла

Хворий після операції часто відчуває озноб від того, що лежав в операційній оголеним, від втрати крові, різниці температури та інших причин. Його потрібно зігріти, для чого заздалегідь треба покласти в ліжко

грілки або пляшки. Хворого доставляють з операційної ретельно прикритим ковдрами. Доставивши в палату і поклавши на ліжко, хворого знову прикривають настільки тепло, наскільки це необхідно за температурою хворого і за його станом.

Якщо хворий пітніє, його обережно витирають. Біля хворого має бути кілька серветок і тазик, підкладне судно і сечоприймач. Наготові має бути шприц і розчини камфори та кофеїну для підшкірного впорскування і подушка з киснем.

Після операції хворий почувається найкраще, якщо його ніхто не турбує і не дратує. Тому в палаті, де він перебуває, не повинно бути ніякого шуму, розмов, відвідувачів. Якщо хворий був під наркозом, то він зазвичай у перші години після операції спокійно спить, і його краще в цей час не чіпати. До повного його пробудження від сну, до повного повернення свідомості біля хворого невідлучно має перебувати будь-хто з медичного персоналу (сестра, фельдшер, санітарка). Хворого не можна залишати в цей час без нагляду ні на одну хвилину, тому що у нього можуть бути ускладнення після наркозу: западання язика, асфіксія, блювота, аспірація блювотних мас.

Перенесення хворих. Під час перенесення хворих дотримуються відомих правил. Якщо хворого беруть два санітари-носії, то перший із них, поклавши одну руку під потилицю і шию хворого, кистю притримує його руку; іншу руку санітар підкладає під нижню частину попереку хворого. Другий санітар однією рукою підхоплює хворого під крижі, іншою - під ноги, найкраще під гомілки. Піднімають за командою і одночасно. Обидва санітари-носії знаходяться з одного боку хворого.

Каталку (пересувний стіл), на якій відвозять хворого з операційної, ставлять із того самого боку, де стоять санітари, у косому або перпендикулярному до операційного столу напрямку, причому головний її кінець прилягає до ножної частини операційного столу або ножний її кінець до головного операційного столу.

Якщо санітарів троє, то перший тримає голову і верхню частину тулуба,

другий - таз, третій - ноги. Потрібно особливо стежити за тим, щоб рука хворого не звисала з протилежного санітарам боку, для чого її укладають на живіт хворого.

Медична сестра зобов'язана *реєструвати основні функціональні показники*: пульс, дихання, артеріальний тиск, температуру, кількість введеної та виділеної (із сечею, потом, із плевральної або черевної порожнини) рідини; відходження газів, випорожнення. Про всі зміни в стані хворого вона негайно доповідає лікарю.

Медична сестра здійснює догляд за порожниною рота, шкірою хворого, проводить гігієнічні процедури, годує хворого, виконує всі призначення лікаря.

Велике значення має правильно проведений режим. На 5- 6-й день зазвичай починають розволокнятися і розсмоктуватися кетгутові шви на кишці. Посилена перистальтика сприяє порушенню міцності шва, і злипання, яке настає після операції, може виявитися недостатнім.[1]

Зміна пов'язки. Якщо за наглухо зашитої рани в післяопераційному перебігу немає ніяких ускладнень, то першу перев'язку роблять на 7-8-й день. Залишені за частково зашитої рани тампони або дренажі, якщо тільки їх було введено для виділення назовні крові та лімфи, видаляють уже на 2-3-й день, за гнійних же захворювань, залежно від характеру захворювання та його перебігу, наприклад із черевної порожнини, тампони видаляють зазвичай на 7-8-й день.

У разі загоєння первинним натягом першу перев'язку роблять під час зняття швів. Більш ранні перев'язки треба робити лише в тому разі, якщо пов'язка збилася, промокла або є дані побоюватися гнійного процесу в рані (підвищена температура, біль).

Період одужання. За післяопераційним періодом слідує період одужання, коли хворий з лікарняного закладу вже йде, але цілком одужавшим вважатися ще не може. У цьому періоді хворий, ослаблений операцією, тривалим лежанням, повинен остерігатися всіх тих шкідливих впливів, які

легко можуть спричинити будь-яке захворювання. Він більш звичайного повинен остерігатися охолодження, перевтоми, повинен бути обережним у їжі й уникати підйому важких предметів, особливо після черевних операцій, оскільки може розтягнутися рубець і утворитися післяопераційна грижа. Бажано, щоб і в найближчому післяопераційному періоді (3-4 тижні) хворий залишався під медичним наглядом.

Харчування пацієнта. Після таких операцій хворі страждають на характерні болі, здуття живота і порушення випорожнення. Тому мета цієї дієти - максимально полегшити їхній стан. Для цього раціон харчування складається таким чином, щоб шлунок зміг добре, швидко, легко і безболісно перетравлювати продукти. Головний принцип харчування в тому, щоб випорожнення зрештою нормалізувалися і були ні рідкими, ні твердими. Тому існують списки, що визначають коло тих продуктів, які можна вживати після хірургічного втручання і які не можна під жодним приводом включати до свого раціону.

Розділ 3
ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ В ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ

3.1. Дії медичних сестер по запобіганню післяопераційних ускладнень

Робота ґрунтується на аналізі кількості маніпуляцій, виконаних медичними сестрами у післяопераційному періоді у хірургічному відділенні КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» ХМР за 2024 рік.

При вивченні аналізу діяльності медичної сестри в післяопераційному періоді було встановлено, що медична сестра проводить ряд маніпуляцій, які спрямовані на профілактику розвитку різних ускладнень у цьому періоді: внутрішньовенні ін'єкції, внутрішньом'язові ін'єкції, підшкірні ін'єкції, переливання гемотрансфузійних розчинів, психологічна підготовка пацієнтів, накладення міхура з льодом на ділянку післяопераційної рани, допомога у ранній активізації пацієнта, накладання еластичних бинтів на кінцівки для профілактики тромбоутворення, догляд за дренажами, дихальна гімнастика, стимуляція сечовиділення.

Грунтуючись на статистичних даних ми бачимо, які маніпуляції вчасно здійснює медична сестра, для того щоб не допустити розвиток післяопераційних ускладнень, так як вони можуть призвести до розвитку нових ускладнень або до прогресування та приведення до старих процесів, і навіть до смерті (табл.3.1).

Половина виконаних маніпуляцій приходилась на гемотрансфузії – 4712 (50,3%), найменше виконували підшкірні інєекції – 389 (4,2%).

Маніпуляції процедурної медичної сестри у післяопераційному період також полягають у наступному: відновлення водно-сольового балансу організму пацієнта, зменшення болю після операції, а також ін'єкції вводяться для боротьби з вірусами, бактеріями, що знаходяться в організмі пацієнта, для

нормалізації сну вводять снодійні засоби, для стимуляції сечовиділення – сечогінні засоби.

Таблиця 3.1

Маніпуляції процедурної медичної сестри

Назва маніпуляції	Кількість
Внутрішньовенні ін’єкції	1824 (19,5%)
Внутрішньом’язові ін’єкції	2439 (26,1%)
Підшкірні ін’єкції	389 (4,2%)
Гемотрансфузії	4712 (50,3%)
Разом	9364 (100%)

Всі ці маніпуляції зводяться до того, щоб запобігти виникненню, розвитку післяопераційних ускладнень, прискоренню одужання пацієнта, зменшення післяопераційного періоду, а також боротьби з різними післяопераційними ускладненнями.

Маніпуляції палатної медсестри в післяопераційному періоді:

- запобігання потраплянню інфекції в область післяопераційної рани,
- психологічна підготовки пацієнта до операції,
- заспокоєння пацієнта,
- зменшення запального процесу,
- зниження вираженості лихоманки, температури тіла,
- зупинка кровотечі,
- зниження ступеня болю,
- підвищення опірності організму.,
- попередження застійних явищ у легенях,
- спостереження за становищем та функціонуванням дренажів,

Для запобігання виникнення післяопераційних ускладнень, найчастіше за все медсестри відділення виконували маніпуляцію з накладання та заміни пов'язок на післяопераційну рану - 3057, догляд дренажами та їх заміна була проведена медсестрами 2980 разів, накладення міхура з льодом на ділянку післяопераційної рани виконано у всіх оперованих пацієнтів - 2913, допомога в ранній активізації проведена медичними сестрами у 2270 пацієнтів, накладення еластичних бинтів на кінцівки для профілактики тромбоутворення – у 2159, маніпуляція по заміні уретрального катетеру виконана у 846 хворих (рис.3.1).



Рис.3.1. Маніпуляції медичних сестер по запобіганню післяопераційних ускладнень.

3.2. Анкетування медичних сестер з питань щодо післяопераційних ускладнень

Нами було розроблено анкету, в якій брали участь 30 медсестер двох хірургічних відділень КНП «Міська клінічна багатопрофільна лікарня № 25» ХМР. Вік медсестер варіював від 22 до 55 років. Стаж роботи у відділенні був від 5 до 35 років.

За результатами анкети стало відомо, що більшість медсестер навіть молодші медсестри на добре знаються на питаннях післяопераційних ускладнень

На перше запитання «Скільки стадій у післяопераційному періоді?» правильно відповіли - 27 (90%) медсестри; неправильно – 3 (10%). Тобто 90% медсестер знали, що у післяопераційному періоді 3 стадії: ранній, пізній та віддалений.

На друге питання «Які ускладнення відносяться до ранніх?» усі відповіли правильно – 100%.

На третє запитання «Які ускладнення належать до пізніх?» також усі опитані медсестри відповіли правильно – 100% (рис.3.2).

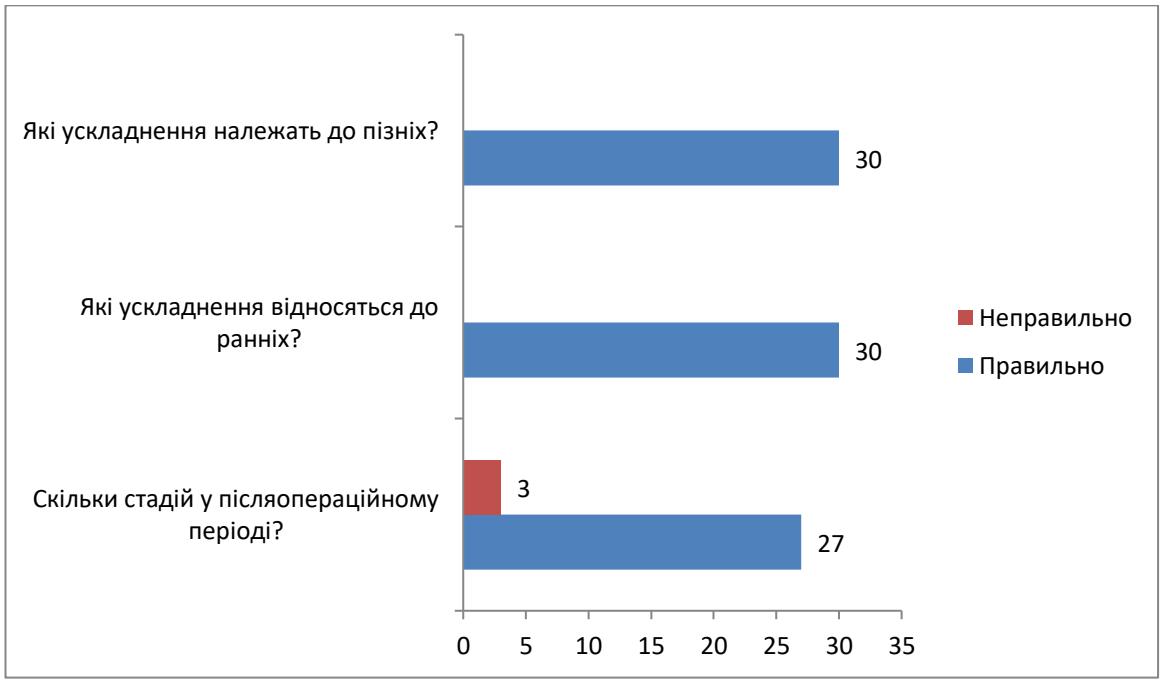


Рис.3.2. Графічне зображення результатів відповідей медичних сестер на питання №1, №2 та №3.

На четверте запитання «Перерахуйте фактори, що викликають операційний стрес?» 25 (83,3%) медсестер відповіли правильно; 5 (16,7%) - неправильно.

На п'яте запитання «Перерахуйте заходи спрямовані на профілактику пролежнів?» усі медсестри відповіли правильно – 100%.

На шосте запитання «Перерахуйте положення відповідні для перекладання та транспортування хворих з операційної?». усі медсестри відповіли правильно – 100% (рис.3.3.).



Рис.3.3. Графічне зображення результатів відповідей медичних сестер на питання №4, №5 та №6.

На сьоме запитання «Вкажіть причини післяопераційного блювання?» 29 (96,7%) відповіли правильно; 1 (3,3%) - неправильно.

На восьме запитання «Перерахуйте необхідний обсяг маніпуляцій медсестрою під час догляду за сечовидільною системою в перші години після операції?» усі 30 осіб відповіли правильно – 100% (рис.3.4).

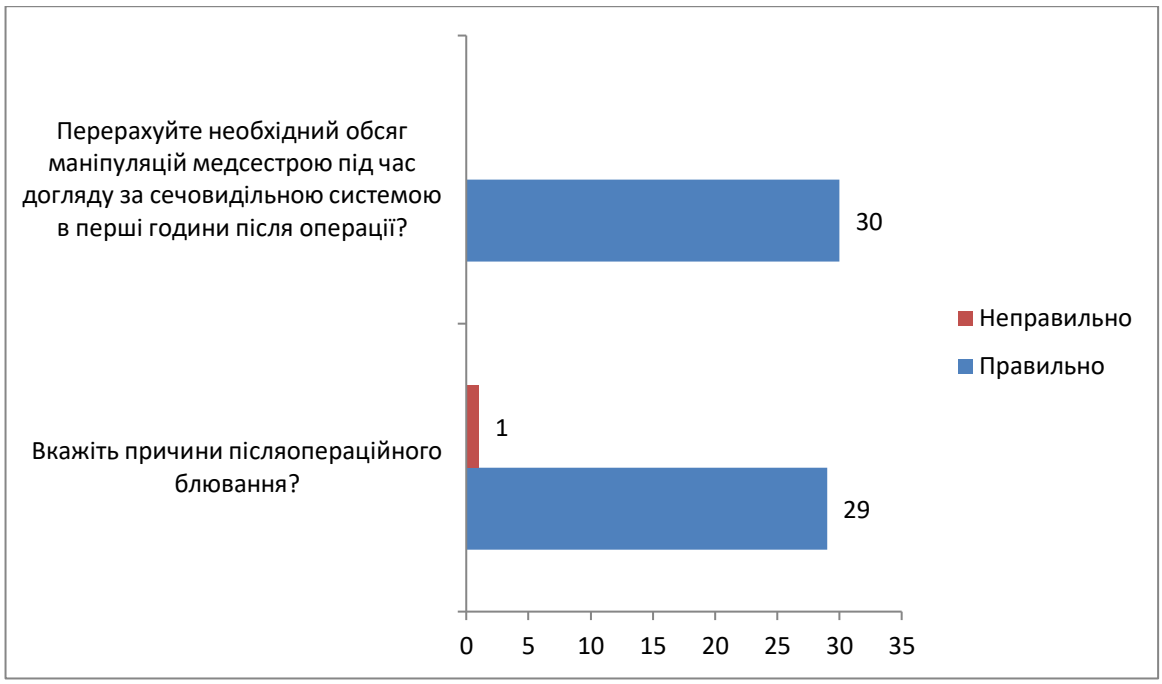


Рис.3.4. Графічне зображення результатів відповідей медичних сестер на питання №7 та №8.

На дев'яте запитання «Перерахуйте дії медсестри при виявленні у хворого ознак шлунково-кишкової кровотечі в перші години після операції?» усі 30 опитаних медсестер відповіли правильно – 100%.

На десяте запитання «Перерахуйте вимоги до їжі хворих у перші дні після операції?» усі 30 опитаних медсестер відповіли правильно – 100% (рис. 3.5).

Аналізуючи результати опитування медичних сестер з питань щодо післяопераційних ускладнень було визначено, що тільки 1 (10 %) медсестра не відповіла на питання щодо стадій післяопераційного періоду, 5 (16,7%) опитаних медсестер неправильно відповіли на питання щодо факторів, що викликають операційний стрес, та тільки 1 (10 %) медсестра не відповіла на питання щодо причин післяопераційного блювання.

Таким чином, при визначення рівня знань медичних сестер відділень щодо післяопераційних ускладнень можна констатувати, що лише 16,7% з 30 опитаних не знали правильної відповіді на одне питання. Це свідчить про

достатньо високий рівень знань медичного персоналу щодо ведення післяопераційного періоду в хірургічному відділенні.

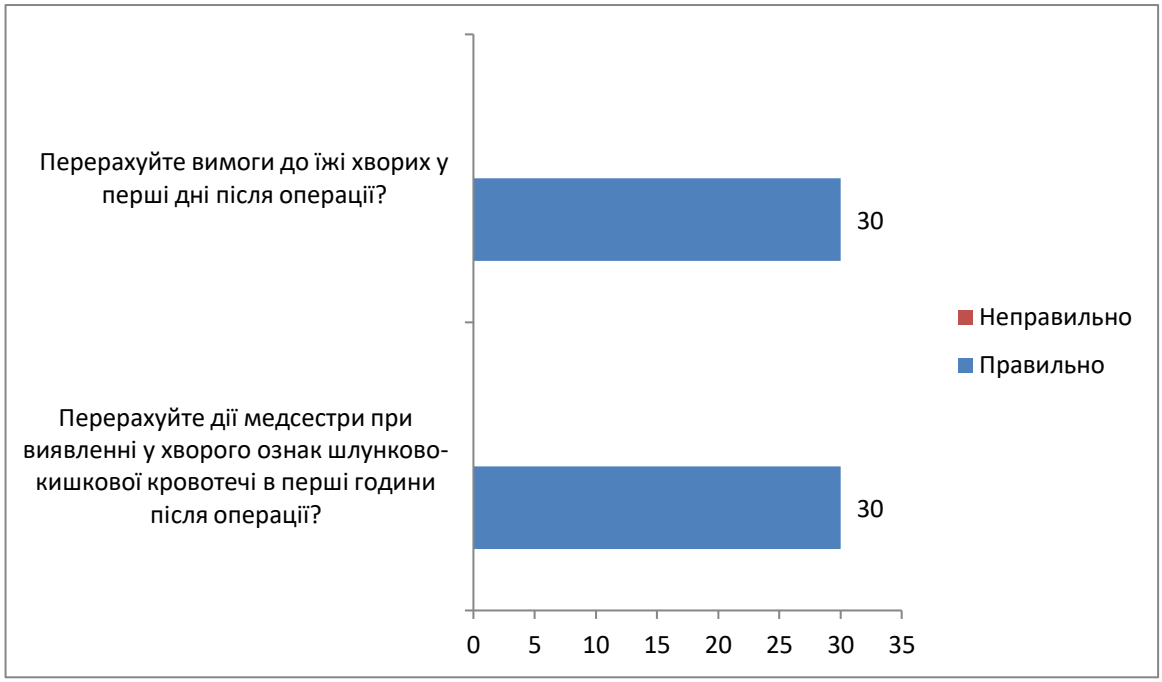


Рис.3.5. Графічне зображення результатів відповідей медичних сестер на питання №7, №8, №9 та №10.

3.3. Анкетування задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги

В анкетуванні брали участь 65 пацієнтів хірургічного відділення. Метою анкетування було визначення ролі медичної сестри в догляді за пацієнтами хірургічного відділення після операції на органах черевної порожнини.

В анкетуванні брали участь 65 осіб (35 чоловіків (53,8%), 30 жінок (46,2%) віком від 23 до 78 років.

На запитання №1 «Чи проводить медична сестра гігієнічні заходи?» відповіли, що проводить 62 пацієнти (95,4%), не проводить - 3 особи (4,6%). Таким чином, тільки 95,4% медичних сестер проводять особисту гігієну пацієнтів.

На запитання №2 «Чи кладе медична сестра під крижі надувний гумовий круг?» відповіли, що кладе - 60 осіб (92,3%), не кладе - 5 осіб (7,7%). Було виявлено, що 92,3% медичних сестер використовують гумові круги (рис.3.6).

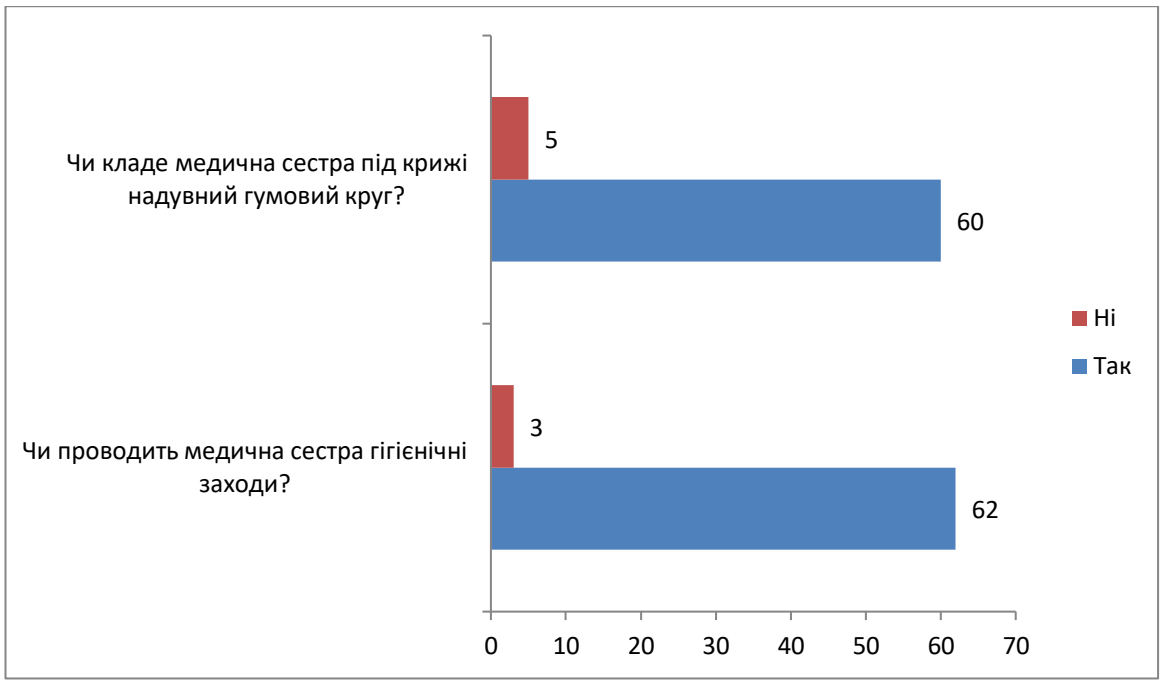


Рис.3.6. Графічне зображення результатів відповідей пацієнтів на питання №1 та №2.

На запитання №3 «Чи робить медична сестра масаж?» відповіли, що робить – 15 осіб (23,1%), іноді - 10 пацієнтів (15,4%), не робить - 40 осіб (61,5%). Таким чином, тільки 23,1% медичних сестер роблять масаж пацієнту (рис.3.7).

На запитання №4 «Чи підготувала Вас медична сестра до діагностичних і лікувальних процедур?» відповіли, що «Так, готує» - 63 хворих (96,9%), «Ні, не готує» - 2 особи (3,1%) Було виявлено, що 96,9% медичних сестер готують пацієнтів до діагностичних і лікувальних процедур.

На запитання №5 «Чи виконує медична сестра контроль АТ, температури тіла, пульсу, діурезу, роздачу лікарських препаратів?» відповіли, «Так, виконує» - 65 опитаних (100%). Таким чином, 100% медичних сестер виконують повністю призначення лікаря (рис.3.8).

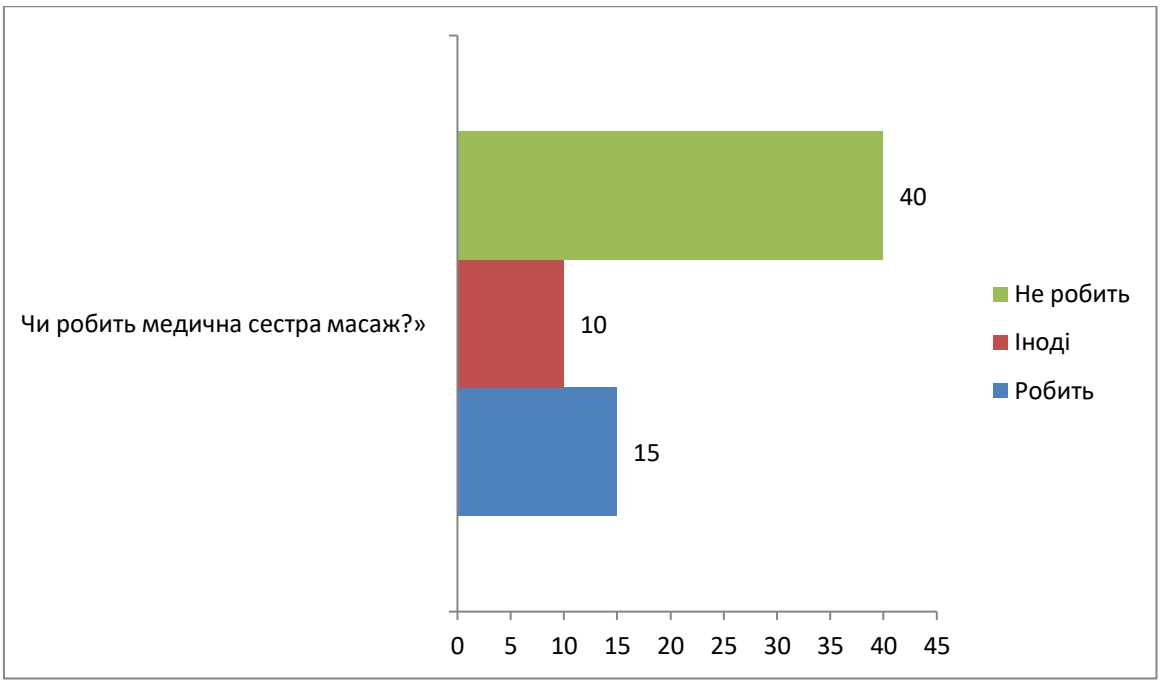


Рис.3.7. Графічне зображення результатів відповідей пацієнтів на питання №3.



Рис.3.8. Графічне зображення результатів відповідей пацієнтів на питання №4 та №5.

На запитання №6 «Чи задоволені Ви роботою медичної сестри?» відповіли, що задоволені 63 хворих (96,9%), не задоволеними залишилися 2 пацієнти (3,1%). Було виявлено, що 96,9% пацієнтів задоволені роботою медичних сестер (Рис.3.9).

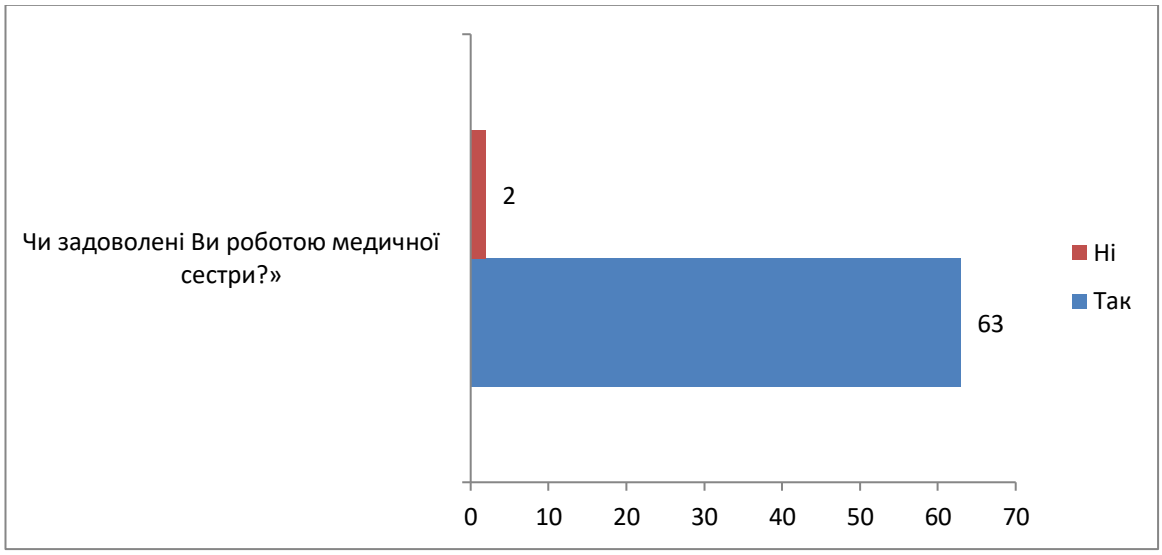


Рис.3.9. Графічне зображення результатів відповідей пацієнтів на питання №6.

Аналізуючи результати опитування 65 пацієнтів щодо задоволеності наданням медичної допомоги, було визначено, тільки 95,4% медичних сестер проводять особисту гігієну пацієнтів, 92,3% медичних сестер використовують гумові круги, але, на жаль тільки 23,1% медичних сестер роблять масаж пацієнту; 96,9% медичних сестер готують пацієнтів до діагностичних і лікувальних процедур та 100% медичних сестер виконують повністю призначення лікаря.

Загалом, роботою медичної сестри у післяопераційному періоді задоволені 96,9% пацієнтів. Це свідчить про достатньо високий рівень професійної діяльності медичних сестер щодо пацієнтів після оперативних втручань на органах черевної порожнини, які перебувають в хірургічному відділенні.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Різні ускладнення післяопераційного періоду суттєво погіршують стан пацієнтів, продовжують період госпіталізації та можуть бути безпосередньою причиною летальності.

Основний тягар ведення післяопераційного періоду лягає на медичну сестру, яка не лише своєчасно вводить хворому ліки, а й доглядає їх, бере участь у годівлі, стежить за гігієнічним станом шкіри та ротової порожнини. Крім того, сестра майже постійно знаходиться біля хворого, тому частіше за інших і першою помічає погіршення стану хворого і буває змушена іноді самостійно надати першу допомогу (дача кисню, видалення блювотних мас з носоглотки, зупинка кровотечі притисканням артерії протягом тощо). На медичній сестрі лежить обов'язок навчити правил догляду за хворими родичів пацієнта.

Робота медичної сестри - це копітка праця, для якої медична сестра повинна мати такі якості, як терпіння, стриманість, впевненість, переконливість. Вона має вміти швидко приймати рішення в екстрених ситуаціях. Найбільш важливим є спілкування медсестри із пацієнтом. Медична сестра у хірургічному відділенні має велику роль у лікуванні та догляді за пацієнтами.

Неякісно проведений сестринський догляд у післяопераційному періоді суттєво знижує відсоток сприятливого перебігу, результату захворювання та значно подовжує процес репарації, реабілітації та відновлення працездатності пацієнта.

Сестринський догляд має бути орієнтований на запобігання будь-яким можливим ускладненням, якщо все ж таки такі виникають, комплекс лікувальних заходів має бути спрямований на їх усунення.

Для профілактики вищевказаних ускладнень комплекс лікувально-профілактичних заходів має містити в собі такі аспекти:

- своєчасне і відповідне оперативному втручанню (мала, середня, велика хірургія) знеболення,

- якомога більш рання активізація пацієнтів,

- використання антибіотиків і антикоагулянтів,

- підтримання водно-електролітного балансу і стабільної гемодинаміки,

- проведення фізіопроцедур (масаж, інгаляції, дихальна гімнастика),

- дотримання правил асептики та антисептики,

-забезпечення якісного сестринського догляду.

Одна з основних ролей у післяопераційному періоді належить медичній сестрі, вона майже постійно перебуває біля пацієнта, не лише виконує лікарські призначення, а й уважно слідкує за фізіологічним та психоемоційним станом пацієнта - що є невід'ємною частиною швидкого відновлення. Іноді можуть виникнути ситуації, коли погіршення стану пацієнта настає блискавично, тим самим медична сестра повинна володіти високим професіоналізмом і вміти швидко, якісно та самостійно надати необхідну допомогу (подача кисню, аспірація блювотних мас із носоглотки, зупинка кровотечі притисненням тощо, залежно від ситуації, що виникла).

Медична сестра є найближчим помічником лікаря, від неї нерідко залежить успіх лікування. У післяопераційний період усе спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, на нормальне загоєння операційної рани, на попередження можливих ускладнень. Правильне і своєчасне виконання лікарських призначень і чуйне ставлення до хворого створюють умови для швидкого одужання.

ВИСНОВКИ

1. Аналізуючи дані літератури по організації сестринського процесу у післяопераційному періоді після хірургічних втручань було визначено, що розвиток післяопераційних ускладнень пов'язаний із впливом таких чинників, як психологічний стрес, післянаркозний стан, болі в ділянці післяопераційної рани; наявність травмованих тканин у зоні операції. Основним завданням у післяопераційному періоді є своєчасне виявлення ускладнень та їх лікування.
2. При визначенні ролі медичної сестри в післяопераційному періоді в хірургічному відділенні з’ясовано її особливе значення у своєчасній діагностиці та лікуванні гострих захворювань органів черевної порожнини. Основними принципами профілактики післяопераційних ускладнень є уважне й доброзичливе ставлення до пацієнта, адекватна передопераційна підготовка, тотальний контроль за станом пацієнта після операції.
3. Аналізуючи результати опитування медичних сестер з питань щодо післяопераційних ускладнень можна можна констатувати, що лише 16,7% з 30 опитаних не знали правильної відповіді на одне питання. Це свідчить про достатньо високий рівень знань медичного персоналу щодо ведення післяопераційного періоду в хірургічному відділенні.
4. Аналізуючи результати опитування 65 пацієнтів щодо задоволеності наданням медичної допомоги, було визначено, що роботою медичної сестри у післяопераційному періоді задоволені 96,9% пацієнтів. Це свідчить про достатньо високий рівень професійної діяльності медичних сестер щодо пацієнтів після оперативних втручань на органах черевної порожнини, які перебувають в хірургічному відділенні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес. — К.: Здоров'я, 2001.
2. Інфекційний контроль у медичних закладах: навч. посіб. / Під заг. керів. І.Я. Губенко. — Черкаси, 2007. — 44 с.
3. Касевич Н.М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підручник. — К.: Медицина, 2008. — 424 с.
4. Касевич Н.М. Основи медсестринства в модулях: навч. посіб. 3-є вид., випр. К. : ВСВ "Медицина", 2018. 480 с.
5. Касевич Н.М. Практикум із сестринської справи: навч. посіб. — К.: Здоров'я, 2005. — 464 с.
6. Касевич, Н.М. К 28 Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: підручник / Н.М. Касевич. — 2-е видання, виправлене — К. : Медицина, 2009. — 424 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://bmedcol.edu.ua/wpcontent/uploads 7.
7. Ковальова О.М., Лісовий В.М., Шевченко С.І., Фролова Т.В. та ін. Догляд за хворими. Практика: підручник. 3-тє вид., випр. К.: ВСВ Медицина, 2015. 488 с.
8. Ковальова О.М., Лісовий В.М., Шевченко С.І., Фролова Т.В. та ін. Догляд за хворими: підручник. — К.: ВСВ Медицина, 2010. — 488 с.
9. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. Харків, 2014.– 258 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/.pdf
10. Кудрявцева Т.О. Сестринський процес: етапи, зміст, документація: навч.-метод. посіб. К.: Здоров'я, 2001. 96 с.
11. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А. Основи медсестринства: підручник. К.: ВСВ Медицина, 2018. 912 с.
12. Медсестринський догляд за пацієнтом: Стандарти медсестринських процедур, маніпуляцій та планів догляду і навчання: навч. посіб. І.Я.

Губенко, О.Т. Шевченко, Л.П. Бразалій, В.Г. Апшай. К.: Медицина, 2008. 304 с.

13. Наказ МОЗ України № 460 від 01.06.2013 р. «Про затвердження протоколів медичної сестри сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій». [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/go/v0460282-13
14. Пасєчко, Н. В., Лемке М. О., Мазур П. Є. Основи сестринської справи : підручник. Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. 544 с.
15. Савка Л.С., Разінкова Л.І., Коцар О.І. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. За ред. Л.М. Ковальчука, О.В. Кононова. 4-е вид. К.: Медицина, 2018. 600 с.
16. Шевченко О.Т. Психологія кризових станів: навч. посіб. — К.: Здоров'я, 2005 — 120 с
17. Arslan HN, Çelik SŞ. Nonpharmacological Nursing Interventions in Postoperative Nausea and Vomiting: A Systematic Review. J Perianesth Nurs. 2024 Feb;39(1):142-154. doi: 10.1016/j.jopan.2023.06.096. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37865902.
18. Arslan HN, Çelik SŞ. Nonpharmacological Nursing Interventions in Postoperative Nausea and Vomiting: A Systematic Review. J Perianesth Nurs. 2024 Feb;39(1):142-154. doi: 10.1016/j.jopan.2023.06.096. Epub 2023 Oct 20. PMID: 37865902.
19. Bae SH, Brewer CS, Kelly M, Spencer A. Use of temporary nursing staff and nosocomial infections in intensive care units. J Clin Nurs. 2015 Apr;24(7-8):980-90. doi: 10.1111/jocn.12718. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25430655.
20. Blegen MA, Goode CJ, Spetz J, Vaughn T, Park SH. Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. Med Care. 2011 Apr;49(4):406-14. doi: 10.1097/MLR.0b013e318202e129. PMID: 21407034.

21. Boev C, Kiss E. Hospital-Acquired Infections: Current Trends and Prevention. Crit Care Nurs Clin North Am. 2017 Mar;29(1):51-65. doi: 10.1016/j.cnc.2016.09.012.
22. Bray K, Wren I, Baldwin A, St Ledger U, Gibson V, Goodman S, Walsh D. Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum. Nurs Crit Care. 2010 May-Jun;15(3):109-11. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00392.x. PMID: 20500648.
23. Brooks JA. Postoperative nosocomial pneumonia: nurse-sensitive interventions. AACN Clin Issues. 2001 May;12(2):305-23. doi: 10.1097/00044067-200105000-00013. PMID: 11759557.
24. Chau JPC, Lo SHS, Choi KC, Tong DWK, Kwok AML, Butt L, Chan ELS, Lee IFK, Lee DTF, Mchugh MD, Thompson DR. Associations between nurse-to-patient ratio, nurse educational level, and nurse-sensitive patient outcomes: A 12-month prospective observational study. Int Nurs Rev. 2025 Mar;72(1):e13091. doi: 10.1111/inr.13091. PMID: 39784291; PMCID: PMC11714340.
25. Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY. Associations of Nurse Staffing and Education With the Length of Stay of Surgical Patients. J Nurs Scholarsh. 2018 Mar;50(2):210-218. doi: 10.1111/jnu.12366. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29266711.
26. Coll AM, Jones R. Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. Nurs Stand. 2020 Apr 1;35(4):53-58. doi: 10.7748/ns.2020.e11530. PMID: 32175702.
27. de Araújo Martins-Romeo D, Rivera Domínguez A. Complications after abdominal surgery. Radiologia (Engl Ed). 2023 Mar;65 Suppl 1:S99-S108. doi: 10.1016/j.rxeng.2022.09.012. PMID: 37024236.

28. Di Santo L. Postoperative cognitive decline: the nurse's role in identifying this underestimated and misinterpreted condition. Br J Nurs. 2019 Apr 11;28(7):414-420. doi: 10.12968/bjon.2019.28.7.414. PMID: 30969864.
29. Ding S, Lin F, Gillespie BM. Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. J Wound Care. 2016 May;25(5):232-40. doi: 10.12968/jowc.2016.25.5.232. PMID: 27169338.
30. Ding S, Lin F, Marshall AP, Gillespie BM. Nurses' practice in preventing postoperative wound infections: an observational study. J Wound Care. 2017 Jan 2;26(1):28-37. doi: 10.12968/jowc.2017.26.1.28. PMID: 28103161.
31. Dunton N, Gajewski B, Taunton RL, Moore J. Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units. Nurs Outlook. 2004 Jan-Feb;52(1):53-9. doi: 10.1016/j.outlook.2003.11.006. PMID: 15014380.
32. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, Smith GB, Ball J; Missed Care Study Group. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. J Adv Nurs. 2018 Jul;74(7):1474-1487. doi: 10.1111/jan.13564. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29517813; PMCID: PMC6033178.
33. Hinno S, Partanen P, Vehviläinen-Julkunen K. Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses. J Clin Nurs. 2012 Jun;21(11-12):1584-93. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03956.x. Epub 2011 Dec 15. PMID: 22171625.
34. Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. Nurse staffing and quality of patient care. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Mar;(151):1-115. PMID: 17764206; PMCID: PMC4781632.
35. Kim SH, Hwang HK, Lee WJ, Kang CM. Comprehensive Complication Index or Clavien-Dindo Classification: Which is Better for Evaluating the Severity of Postoperative Complications Following Pancreatectomy? World J Surg. 2021 Mar;45(3):849-856. doi: 10.1007/s00268-020-05859-7. PMID: 33191470.

36. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. JAMA Surg. 2017 Mar 1;152(3):292-298. doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952. PMID: 28097305.
37. Olley R, Edwards I, Avery M, Cooper H. Systematic review of the evidence related to mandated nurse staffing ratios in acute hospitals. Aust Health Rev. 2019 Jul;43(3):288-293. doi: 10.1071/AH16252. PMID: 29661270.
38. Seong J, Cho SH, Yoon HJ, Sim WH, Kim MS. Comparison of Nurse Work Hours and Nursing Activities Between High- and Low-Staffed General Wards: A Cross-Sectional Study. Nurs Open. 2024 Dec;11(12):e70109. doi: 10.1002/nop2.70109. PMID: 39642138; PMCID: PMC11623342.
39. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and hospital-acquired conditions: A systematic review. J Clin Nurs. 2019 Dec;28(23-24):4264-4275. doi: 10.1111/jocn.15046. Epub 2019 Sep 29. PMID: 31464017.
40. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. Nurs Outlook. 2018 May-Jun;66(3):273-282. doi: 10.1016/j.outlook.2017.12.002. Epub 2018 Feb 26. PMID: 29685321.
41. Smith TW Jr, Wang X, Singer MA, Godellas CV, Vaince FT. Enhanced recovery after surgery: A clinical review of implementation across multiple surgical subspecialties. Am J Surg. 2020 Mar;219(3):530-534. doi: 10.1016/j.amjsurg.2019.11.009. Epub 2019 Nov 16. PMID: 31761300.
42. Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2017 Jul;30(3):184-192. doi: 10.1055/s-0037-1598159. Epub 2017 May 22. PMID: 28684936; PMCID: PMC5498169.
43. Veličković J, Feng C, Palibrk I, Veličković D, Jovanović B, Bumbaširević V. The Assessment of Complications After Major Abdominal Surgery: A Comparison of Two Scales. J Surg Res. 2020 Mar;247:397-405. doi: 10.1016/j.jss.2019.10.003. PMID: 31676144.

44. Zaydfudim VM. Postoperative complications after major abdominal operations. Surgery. 2021 May;169(5):1017. doi: 10.1016/j.surg.2020.10.006.. PMID: 33190918.
45. Zhu YH, Wang F, Zhao Y, Zhu T. Research Updates: Standardized Reporting and Evaluation Instruments for Postoperative Complications. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2022 Mar;53(2):342-348. doi: 10.12182/20220360506. PMID: 35332740; PMCID: PMC10409346.

Додаток

Шановні медсестри! Просимо Вас взяти участь у дослідженні та відповісти на наступні питання, зробивши позначку знаком «+» у потрібній Вам графі. Дякуємо Вам за активну участь!

1) Скільки стадій післяопераційного періоду?

а) 3

б) 4

в) 5

2) Які ускладнення відносяться до ранніх?

а) лігатурний свищ

б) фантомні болі

в) нагноєння рани

г) кровотеча

3) Які ускладнення відносяться до пізніх?

а) спайкова хвороба

б) лігатурний свищ

в) колоїдний рубець

г) парез кишечника

4) Перерахуйте фактори, що викликають операційний стрес?

а) біль

б) страх

в) наркоз

5) Перерахуйте заходи спрямовані на профілактику пролежнів?

а) рання активізація хворих

б) зміна постільної білизни

г) ліквідація складок постільної білизни

в) підкладка гумових кіл

6) Перерахуйте положення, що відповідають пред'явленим по перекладанню та транспортуванню хворих з операційної?

а) хворого під час транспортування не укладають

б) транспортування хворого до палати здійснюється під контролем лікаря-анестезіолога.

в) хворий приходить до палати самостійно

7) Вкажіть причини післяопераційного блювання?

а) підвищення активності вагусу

б) дратівна дія наркотичних засобів на слизову оболонку шлунка

в) зменшення гальмівного впливу Цнс на шлунок

8) Перерахуйте необхідний обсяг маніпуляцій медсестрою під час догляду за сечовидільною системою в перші години після операції?

а) встановити катетер

б) забезпечити хворих на ємності для збору сечі

в) призначення діуретиків

9) Перерахуйте дії медсестри при виявленні у хворого ознак шлунково-кишкової кровотечі у перші години після операції?

а) підготовка до гемостатичної терапії

б) виклик лікаря

в) промивання назогастрального зонда

10) Перерахуйте вимоги до їжі хворих у перші дні після операції?

а) легкозасвоювана

б) рідка

в) висококалорійна