

Лекция 4

Тема: Особенности сестринского процесса в гинекологии

В последнее время наблюдается неуклонный рост числа гинекологических заболеваний. Пренебрежение правилами гигиены, частые переохлаждения, аборты, и другие эндо- и экзогенные причины приводят к тому, что 90 % женщин России имеют нарушения со стороны половой сферы.

Неправильное применение контрацептивных средств, снижение иммунитета, и, как следствие этого, стёртая клиника процесса являются причиной того, что женщина не придаёт должного внимания недомоганиям и предпочитает не обращаться за помощью и лечиться дома, что приводит к хронизации процесса, нарушению менструального цикла, различным осложнениям во время беременности, вплоть до выкидыша, бесплодию, раковым заболеваниям. Патологические процессы, происходящие в половых органах, нередко осложняются кровотечением. Последнее вызывает быстрое ухудшение состояния больной и при отсутствии немедленной медицинской помощи несёт угрозу для жизни.

Помощь экстренным больным в гинекологическом отделении отличается тем, что важно спасти не только жизнь женщины, но и сохранить детородную функцию.

Для выполнения этого условия каждый медицинский работник должен быть готов не только выполнить стандартные действия, но и оценить индивидуальные особенности женщины, найти оптимальный способ лечения в условиях крайнего дефицита времени.

Общие положения

На должность операционной медсестры принимается медицинский работник, имеющий законченное медицинское образование.

Операционная медсестра подчиняется заведующему отделением, старшей операционной медсестре, главной медсестре больницы. Назначается и увольняется с должности главным врачом в соответствии с действующим законодательством.

В своей работе руководствуется законодательными и нормативными документами, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

Обязанности

1. Подготовка операционной, членов хирургической бригады, хирургических инструментов, белья, шовного и перевязочного материала, аппаратуры для проведения операций.
2. Контроль за своевременностью транспортировки пациента, а также за путями движения членов хирургической бригады в соответствии с зонами стерильности в операционном блоке.
3. Обеспечение инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала.
4. Обеспечение соблюдения правил асептики и антисептики всем персоналом, находящимся в операционной.
5. Подготовка пациента к операции: создание необходимой хирургической позиции на столе, обработка операционного поля, обеспечение изоляции операционного поля.
6. Участи в хирургических операциях, обеспечение членов хирургической бригады необходимым инструментарием, материалом, аппаратурой.
7. Выполнение раннего послеоперационного ухода за пациентом, профилактика послеоперационных осложнений.
8. Контроль за своевременным направлением на гистологическое и бактериологическое исследование биологического материала, взятого во

время операции у пациента.

9. Качественный учет используемого инструментария, шовного и перевязочного материала, белья, лекарственных средств, аппаратуры.
10. Выполнение первичной дезинфекционной обработки используемого инструментария, материалов и аппаратуры.
11. Контроль стерилизации белья, перевязочного и шовного материала, инструментария.
12. Подготовка и контроль эксплуатации аппаратуры, находящейся в операционной. Своевременное пополнение в операционной материалов.
13. Своевременное и качественное ведение медицинской документации.
14. Оказание до врачебной помощи при неотложных состояниях.
15. Соблюдение морально правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины.
16. Соблюдать деонтологию в отношении с сотрудниками, больными и их родственниками.

Права

1. Получать информацию необходимую для качественного выполнения функциональных обязанностей.
2. Отдавать распоряжения младшему медицинскому персоналу, контролировать объем и качество выполняемой ими работы.
3. Повышать профессиональный уровень знаний, умений, навыков и аттестовываться на квалификационную категорию.
4. Присутствовать, вносить предложения, выступать на совещаниях коллектива отделения, сестринских конференциях.

Ответственность

1. За выполнение требований инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала.
2. За некорректное отношение к больным и их родственникам.
3. Специалист за невыполнение своих профессиональных обязанностей несет ответственность предусмотренную действующим законодательством.
Уход за больными в послеоперационном периоде.

В гинекологическом отделении следует выделять отдельные палаты на 2–3 койки для оперированных, отвечающие всем санитарно-гигиеническим требованиям и обслуживаемые отдельным персоналом.

В больших гинекологических стационарах организуются специальные отделения, куда больные поступают из операционной и находятся там под наблюдением анестезиолога, лечащего врача акушера-гинеколога и специально обученных сестер. В этих отделениях, так же как и в отдельных палатах, больные находятся в первые дни после операции. Большинство оперированных к концу 2-х или на 3-й сутки переводятся в другие палаты, где и находятся до выписки. Некоторые больные, в зависимости от их состояния, задерживаются в послеоперационных палатах (отделении) на более длительный срок.

Послеоперационное отделение или палаты должны быть обеспечены всеми необходимыми предметами ухода и медикаментами, а также аппаратами для наблюдения за состоянием больной (для измерения артериального давления, электрокардиографии и др.) и, если возникает необходимость, для реанимации.

В распоряжении медицинского персонала послеоперационного отделения должны быть специально выделенные предметы: языкодержатель,

роторасширитель, почкообразные тазики, поильники, индивидуальные подкладные судна, грелки, пузыри для льда, банки, газоотводные трубки, сифон для промывания желудка, сифон для клизм, клеенчатые фартуки, полотенца, чистые простыни, подголовники и подкладные валики для ног, если отсутствуют функциональные кровати, позволяющие придавать больной различные положения. Кроме того, должны быть стерильные системы для переливания крови и специальные подставки для этих целей, шприцы, иглы, стерильный материал, полотенца.

Целесообразно также иметь подводку кислорода или наркозный аппарат, позволяющие проводить оксигенотерапию.

В специальном шкафу необходимо иметь следующие медикаменты: сердечные (камфара, кофеин, стрихнин, строфантин, коргликон и др.), болеутоляющие (промедол, пантопон, морфин), стерильное вазелиновое масло, глицерин, 10% раствор хлористого кальция, 10% раствор хлористого натрия, адреналин, норадреналин, гидрокортизон, инсулин, про-зерин, сернокислый атропин, 25% раствор сульфата магния в ампулах. пеллентан, гепарин и др.

Учитывая возможность кровотечений из матки, следует иметь средства, сокращающие ее и воздействующие на свертывание крови: эрготал, метилэргометрин, маммофизин, питуитрин, окситоцин, эпсилонаминокапроновую кислоту, фибриноген, протаминсульфат.

Для подкожного и внутривенного введения должны быть стерильные растворы поваренной соли (0,8%) и глюкозы (5%).

Медикаменты должны храниться в определенном месте с соблюдением существующих правил и условий. В послеоперационном отделении всегда может возникнуть необходимость в срочном введении лекарственных веществ, поэтому шприцы, иглы, стерильный материал, спирт и эфир должны быть наготове, чтобы в любой момент их можно было использовать. Строгое же соблюдение условий хранения и размещения медикаментов в шкафу позволяет своевременно применить их по назначению врача.

Ампульные растворы полиглюкина и других кровезамещающих растворов, сухая плазма крови, консервированная кровь хранятся в специальном холодильнике, и медицинский персонал послеоперационного отделения всегда должен быть хорошо осведомлен о наличии крови и кровезаменителей, правилах их получения и использования.

После того как больную доставляют в послеоперационную палату, дежурная сестра кладет к ее ногам грелки, помещая их поверх одеяла во избежание ожогов у больной, находящейся под наркозом. На живот кладут пузырь со льдом, завернутый в пленку. Обычно холод на живот назначают на 3–6 часов после операции. Пузырь со льдом каждые 1,5–2 часа следует снимать на 25–30 минут. Практически к этому времени лед уже растает и вода несколько согреется, поэтому, если лед не меняли, то обморожения кожи живота не возникает. Если нет специальных показаний, то пузырь со льдом через 3–6 часов снимают совсем, так как более длительное его пребывание на брюшной стенке может отразиться на перистальтике кишечника и функции мочевого пузыря.

Дежурная сестра у постели оперированной наблюдает за пульсом, артериальным давлением, дыханием, окраской лица и повязкой. После влагалищных операций и экстирпации матки абдоминальным путем необходимо периодически осматривать подкладные простыни и прокладки у наружных половых органов больной, чтобы своевременно заметить кровотечение, которое может возникнуть после указанных операций.

При ухудшении состояния больной, появлении изменений пульса,

артериального давления, особенно при его падении, расстройстве дыхания, наружном кровотечении или признаках внутреннего кровотечения сестра должна немедленно сообщить об этом врачу для принятия соответствующих мер.

Врач независимо от сообщений медицинской сестры обязан периодически контролировать состояние больной, проверяя пульс, артериальное давление, дыхание и состояние послеоперационной повязки. Только при этих условиях можно выявить явления каких-либо осложнений, происходящих в состоянии больной, и своевременно прибегнуть к мероприятиям по предупреждению или устранению коллапса, шока или начавшегося кровотечения.

При наличии у больной постоянного катетера необходимо систематически следить, выделяется ли моча, так как в случае закупорки катетера или его выскальзывания из мочевого пузыря последний может оказаться переполненным, а это приводит к осложнениям, особенно если была произведена операция на мочевом пузыре.

После наркоза иногда наблюдается асфиксия вследствие западения языка. Сестра должна внимательно следить за больной и поддерживать челюсть до тех пор, пока у больной не проявится ясно выраженный глотательный рефлекс. Западение языка предупреждается легче всего поворотом головы на бок.

Больную, доставленную из операционной, в большинстве случаев укладывают на кровать в положении на спине. Если операция проводилась под наркозом, подушку под голову подкладывать в первые сутки не следует.

Если же была применена спинномозговая или перидуральная анестезия, поступают наоборот, подкладывая подушку под голову, или же придают верхней половине туловища возвышенное положение.

При моторном возбуждении больных, находящихся в состоянии наркозного сна, приходится их придерживать за плечевые, локтевые или коленные суставы.

Некоторые больные, особенно с заболеваниями сердца, плохо переносят положение на спине, к тому же без подушки под головой. В таком случае голове больной сразу придается возвышенное положение с помощью подушек, а если она не может лежать на спине, ее укладывают на правый бок, подкладывая подушки не только под голову, но и для опоры со стороны спины.

Нам приходилось наблюдать, когда без подушки при положении на спине у оперированной через несколько часов наступали нарушения сердечной деятельности, которые удавалось устранить после того, как больной придавали возвышенное положение для головы и верхней части туловища или положение на правом боку.

После того как больная проснулась и ведет себя спокойно, ей разрешается согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах. Движения нижними конечностями приносят больной большое облегчение. У ослабленных больных под коленные суставы подкладывают валик, подушку или свернутое одеяло.

После операций, произведенных под местной анестезией, указанных движения нижних конечностей разрешают сразу, как только больную положат на кровать.

Как правило, больная после операции интересуется диагнозом и характером оперативного вмешательства. Информировать ее по этому вопросу должен только врач. Сообщив больной в доступной для нее форме диагноз заболевания и сущность операции, врач, не вдаваясь в детали, должен говорить с больной в оптимистическом, ободряющем тоне, внушать ей веру в благополучный исход заболевания. Разумеется, при благоприятном диагнозе, благополучном течении и прогнозе операции эта задача чрезвычайно облегчается. Если же врач имеет дело со злокачественной опухолью, потребовавшей удаления матки, обоих яичников или труб у молодой женщины, он

должен проявить особый такт и чуткость по отношению к больной. Что именно нужно говорить в каждом конкретном случае, заранее предусмотреть невозможно, но всегда нужно помнить о необходимости щадить психику женщины.

Больную, которая была осведомлена о характере вмешательства, необходимо убедить, что операция прошла хорошо, и при этом подчеркнуть ее целесообразность. При сложнейших оперативных вмешательствах (радикальная операция при раке шейки матки и т. п.) больной нужно указать на неизбежность такой операции в целях сохранения жизни.

Если больная не знала, в чем будет состоять оперативное вмешательство, и удаление того или иного органа явится для нее неожиданностью, врач должен проявить к ней исключительную чуткость. Ограничившись частичной информацией, он должен отложить полное объяснение до выздоровления больной.

Иногда психику больных тяжело травмируют сестры и санитарки, которые вслух обсуждают результаты операции и высказываются о бесполезности вмешательства при неоперабельных формах рака. Рассуждения медицинского персонала об осложнениях при операции (кровотечения, ранения мочевого пузыря или кишки и др.) действуют не только на больную, у которой возникло это осложнение, но и на других женщин.

Необходимо внушить медицинскому персоналу, что никто, кроме лечащего врача, не должен давать больной объяснений по поводу операции, которой она подверглась.

Психотерапию в послеоперационном периоде врач проводит не только в процессе текущей работы, но и в виде дружеской беседы при повторных посещениях. Излагая результаты операции в наиболее благоприятном свете, врач дает больной почувствовать, что она не забыта, что за ней наблюдают.

Слова хирурга оказывают исключительно благотворное действие на женщину, перенесшую операцию. Они устраняют тяжелые переживания, создают уверенность в успехе лечения, способствуют благоприятному течению послеоперационного периода.

Успеху психотерапии весьма способствует заботливый уход, четкое выполнение лечебных процедур. Больные ощущают заботу о себе и приобретают уверенность в выздоровлении.

Учитывая все значение психотерапевтического воздействия, следует считаться с рядом функциональных изменений, происходящих в организме больной, подвергшейся тяжелому оперативному вмешательству. Под влиянием подобных операций изменяются многие функции организма: сердечно-сосудистый тонус, распределение крови, мочеобразование, процессы переваривания, всасывания пищи, перистальтика и т. д.

Боли в операционной ране, наступающие по прекращении действия наркоза или местной анестезии, нередко сопровождаются учащением пульса, поверхностным дыханием с задержкой секрета в дыхательных путях, нарушением перистальтики кишечника с развитием метеоризма, напряжением брюшной стенки, задержкой мочеиспускания и др.

В послеоперационной ране всегда развивается воспалительный процесс, протекающий по асептическому типу или с участием инфекции. Вынужденное положение больной приводит к появлению болей в различных частях тела.

Послеоперационные боли, выраженные в той или иной степени, могут продолжаться не только в первые сутки, но и в течение последующих 1–2 дней. Совершенно нецелесообразно заставлять больную понапрасну страдать, тем более что устранение или уменьшение болей представляет собой не только проявление гуманности. В результате этого улучшается деятельность сердца,

дыхание становится более глубоким, больная спокойно засыпает, что также способствует восстановлению сил. При послеоперационных болях применяют анальгетики. Из анальгетиков предпочтение следует отдать промедолу, который меньше, чем морфин или пантопон, угнетает дыхание, реже вызывает рвоту. Промедол вводят подкожно непосредственно после операции в дозе 1 мл 2% раствора (20 мг). В дальнейшем инъекции промедола по 20 мг можно повторять через каждые 4–6 часов, сочетая их с инъекциями анальгина (2 мл 50% раствора).

Послеоперационные боли могут быть сняты также введением нейроплегических средств. С этой целью назначают аминазин или другие препараты фенотиазинового ряда в дозе по 25 мг с промежутками в 6–8 часов. У больных при этом отмечается ровный послеоперационный сон, боли отсутствуют, посленаркозной рвоты не бывает. Нейроплегические средства противопоказаны при функциональных нарушениях со стороны печени и почек, а также при низком артериальном давлении (ниже 100 мм ртутного столба).