

## ОСОБЛИВОСТІ СЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

І. Я. Господарський, І. В. Яворська

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
ННІ медсестринства*

---

У статті описано особливості роботи медсестри при виконанні догляду за пацієнтами після абдомінальних операційних втручань. Професійне виконання всіх передбачених сестринських маніпуляцій та психологічна підтримка пацієнта повинні стати запорукою попередження можливих ускладнень та швидкого одужання хворого.

---

## PECULIARITIES OF POST-OPERATIVE NURSING CARE OF PATIENTS FOLLOWING GENERAL ABDOMINAL SURGERY

I. Ya. Hospodarskyy, I. V. Yavorska

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»  
Educational-Scientific Institute of Nursing*

---

This article describes the peculiarities of nursing care of patients after abdominal surgery. Professional nursing compliance with all prescribed manipulations and psychological support of the patient, should be the key to preventing possible complications and faster patients recovery.

---

**Вступ.** «Унікальною задачею медичної сестри є надання допомоги людині, хворій чи здоровій, виконання заходів, які сприяють збереженню або відновленню здоров'я, які вона могла б забезпечити собі сама, якби мала необхідні для цього сили, волю і знання...».

«Медсестра – це ноги безногого, очі сліпого, опора дитині, джерело знань і впевненості для молодої матері, уста тих, хто занадто слабкий або занурений у себе, щоб говорити...».

Дані висловлювання, запозичені у В. Хендерсон, чи не якнайкраще описують власне роль сестринського догляду в різні періоди життя людини. Одним із таких періодів є післяопераційний період.

**Основна частина.** Післяопераційний період розпочинається з моменту закінчення операції і триває до виписування хворого з відділення. Після операції пацієнт безпорадний і беззахисний, тому

йому необхідна допомога медичної сестри [1, 7]. У цей час можливе виникнення таких серйозних ускладнень, як серцево-судинна недостатність, тромбози (тромбофлебіти) та ін. Медсестра, при відповідальному ставленні до роботи, спроможна не тільки зменшити ймовірність виникнення ускладнень, але й попередити їх [1, 6]. Професійно виконаний догляд та психологічна підтримка, що надаються пацієнту, створюють основу і для успішної медикаментозної терапії [2, 3]. Помилки, допущені медперсоналом під час післяопераційного періоду, особливо в перші дні після операції, можуть призвести до несприятливого результату лікування і продовжити тривалість перебування пацієнта у стаціонарі. Основний тягар ведення даного періоду лежить на медичній сестрі, яка повинна не лише своєчасно вводити ліки, але і доглядати за пацієнтом, брати участь в годуванні, стежити за гігієнічним станом шкіри і ротової порожнини. Крім того, медсестра майже постійно перебуває біля

хворого, тому частіше від інших, а іноді і першою, помічає погіршення стану і деколи змушена самотійно надавати першу допомогу (подача кисню, видалення блювотних мас із носоглотки, зупинка кровотечі і т. д.). Досвідчена, спостережлива медична сестра є найближчим помічником лікаря, від неї нерідко залежить успіх лікування [2, 3].

У даному періоді все спрямовано на відновлення фізіологічних функцій пацієнта, нормальне загоєння операційної рани, попередження можливих ускладнень. Правильне і своєчасне виконання лікарських призначень і чуйне ставлення до хворого створюють умови для швидкого одужання.

Абдомінальні операційні втручання супроводжуються складним передопераційним і післяопераційним періодами, які вимагають використання значної кількості сестринських технологій. В результаті спостережень, вдалось встановити, що в післяопераційному періоді в роботі медичної сестри присутній весь спектр сестринських втручань: ін'єкції, інфузії, трансфузії, перев'язки, догляд за дренажами. У відділенні хірургії він визначається об'ємом операційного втручання, наявністю ускладнень і супутніх захворювань [1, 6, 7].

Обов'язковим для палатної медичної сестри є також:

1. Огляд післяопераційної рани, в тому числі пов'язки. Перевірка фіксації пов'язки, промокання гноєм, каловими масами, кров'ю, жовчю та ін.

2. Огляд дренажів. Відзначають їх довжину, прохідність, фіксацію, здійснюють профілактику висхідної інфекції.

3. Визначення місця для ін'єкцій починають з огляду місця майбутнього введення препарату. Відзначають наявність інфільтратів, гнійників, шкірних захворювань, тромбів і т. п.

4. Визначення можливості катетеризації сечового міхура і спорожнення кишечника. Відзначають наявність виділень з уретри (гній, кров), з'ясовують наявність затримки сечі в анамнезі. Оглядають ділянку ануса (наявність гемороїдальних вузлів, свищів).

Причиною виникнення серйозних ускладнень при догляді за дренажами черевної порожнини може стати невірне або нечітке виконання всіх необхідних умов [2, 4, 5]. Помилки та ускладнення, пов'язані з сестринським втручанням можна розділити на дві основні групи:

· ускладнення, пов'язані з порушенням технології догляду за дренажною системою;

· помилки, пов'язані з порушенням технології введення лікарських речовин у дренажну трубку.

До першої групи ускладнень належать:

- порушення герметичності дренажної системи;
- обтурація дренажної трубки;
- нагноєння в ділянці дренажу.

Найважливішим елементом профілактики висхідної інфекції є виключення можливості сполучення черевної порожнини із зовнішнім середовищем [1]. Дренажна система повинна бути герметичною, проте допущення помилки під час догляду за дренажами майже цілком зумовлене суб'єктивними факторами і залежить від відповідальності медичної сестри. У разі порушень при встановленні дренажної системи може відбутися її розгерметизація у двох місцях: в ділянці з'єднання двох дренажних трубок системи, а також у ділянці дистального кінця дренажної трубки. Порушення герметичності настає в разі виходу продовжуючої трубки з дренажу або коли її дистальний кінець виходить з розчину антисептика. Причиною може бути грубе, квапливе виконання таких маніпуляцій, як промивання дренажу і введення лікарських речовин у дренаж. Порушення герметичності може бути викликане необережним рухом хворого, особливо такого, який перебуває без свідомості або в стані рухового збудження.

Палатна медична сестра після транспортування пацієнта з операційної повинна наростити дренаж і опустити вільний кінець у флакон з антисептиком. Крім того, вона зобов'язана щодня визначати характер і кількість виділень з дренажу. Таким чином, кількість операцій, що закінчилися дренажуванням, значно збільшує обсяг діяльності палатної медичної сестри в післяопераційний період.

Досить часте ускладнення, яке трапляється при дренажуванні черевної порожнини, – нагноєння в ділянці встановлення дренажу. Причиною даного порушення є те, що під час проведення перев'язування в ділянці виходу дренажу важко забезпечити повну ізоляцію рани від зовнішнього середовища, оскільки заважає дренажна трубка і інфекція може проникати між трубкою і пов'язкою [1].

При вивченні видів загоєння післяопераційних ран, встановлено, що після планових операцій, нагноєння рани виявлено лише в 6 % випадків. В інших випадках, рани гоїлися первинним натягом. У відділенні абдомінальної хірургії, у пацієнтів

після порожнинних операцій, спостерігають дефіцит самообслуговування. Він визначається складністю і травматичністю операційного втручання, а також наявністю або відсутністю післяопераційних ускладнень. При дослідженні дефіциту самообслуговування, встановлено, що кількість пацієнтів, які потребують повного об'єму сестринського догляду, не перевищує 11 %.

**Висновки.** 1. При проведенні хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, найбільшого об'єму догляду пацієнт потребує

саме під час післяопераційного періоду, який розпочинається з моменту закінчення операції і триває до виписування хворого з відділення.

2. Професійне виконання всіх, без виключення, сестринських маніпуляцій, а також психологічна підтримка пацієнта дають можливість покращити результати лікування і скоротити тривалість перебування пацієнта у стаціонарі.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Васильева И. А. Профилактика и лечение послеоперационных инфекционных осложнений / И. А. Васильева // Медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 7–8.

2. Греков И. Г. Сестринский процесс в послеоперационном периоде / И. Г. Греков // Медицинская помощь. – 1997. – № 5. – С. 47–49.

3. Греков И. Г. Сестринское клиническое наблюдение за пациентами специализированных отделений многопрофильной больницы / И. Г. Греков, И. И. Грекова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 3. – С. 17–21.

4. Грушевская И. А. Сестринское обеспечение оперативного лечения черепно-мозговой травмы /

И. А. Грушевская // Медицинская сестра. – 2006. – № 2. – С. 11–12.

5. Кондрашкина Л. А. Роль старшей медсестры в управлении операционным блоком / Л. А. Кондрашкина // Медицинская сестра. – 2004. – № 2. – С. 11–13.

6. Кузьмина Е. Я. Организация послеоперационного периода у пациентов пожилого возраста / Е. Я. Кузьмина // Сестринское дело. – 2002. – № 2. – С. 12–13.

7. Малина Н. И. Пациенты, поступающие на плановую операцию: эмоции, страхи, ожидания / Н. И. Малина // Медицинская сестра. – 2005. – № 4. – С. 20–23.