

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/339841>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Сестринское дело

ВВЕДЕНИЕ 2

Глава 1 Теоретическая часть: 5

1.1 Понятие о послеоперационном периоде 5

1.2 Роль медсестры в организации послеоперационного ухода 7

1.3. Основные ранние послеоперационные осложнения и их профилактика 28

Глава 2. Практические основы исследования роли медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде 38

2.1. Исследование деятельности медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде 38

2.2. Рекомендации по совершенствованию и оптимизации деятельности медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде 52

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 60

ВЫВОДЫ 62

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 63

Женщину беспокоят мысли о возможности метастазирования и рецидива заболевания. Тяжелая ПХТ, лучевая терапия вызывают осложнения после лечения, они продолжаются в послеоперационном периоде. 6 курсов ПХТ с интервалами в 21 день сопровождаются жуткой тошнотой и рвотой, падением лейкоцитов, ухудшением общего состояния, выпадением волос. Все это женщине надо как-то пережить.

Неблагоприятная семейная обстановка, смена работы и другие жизненные ситуации затрудняют адекватную адаптацию пациента и могут вызвать затяжные невротические состояния [11].

Сирийский врач Абуль Фарадж, живший в XIII в., обращаясь к больному, говорил: «Нас трое: ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, и я останусь один, вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы ее одолеем». Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, использовании пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным, в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление. Такая защита важна для любого пациента, но особенно для больных, страдающих онкологическими заболеваниями. Чтобы осуществить ее, медсестра должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять доброту, отзывчивость, участие. Пациент с онкологическим заболеванием должен чувствовать себя "как все", возможно даже быстрее вовлекаться в активную деятельность.

У онкологических пациентов могут быть самые различные потребности в общении. Они могут нуждаться в совете, утешении, консультации или обычном разговоре. То, насколько медсестра способна удовлетворять эти потребности, зависит от ее квалификации, опыта, психологической подготовки, наличия профессионально значимых морально - нравственных качеств. К таким качествам относятся: трудолюбие, ответственность, сострадательность, эмпатия, терпение. А также альтруизм, доброжелательность, внимательность, решительность, отзывчивость, коммуникабельность.

Больные раком молочной железы нуждаются в утешении и эмоциональной поддержке со стороны семьи, друзей, медицинского персонала. Поддержка больше играет роль «стрессового буфера» во время лечения. Несмотря на чувство глубокого одиночества характерное для человека в критические моменты жизни, поддержка служит как эхом реальности, давая женщине уверенность, что он все еще находится в контакте с ней. Длительное пребывание в стрессовой ситуации приводит к раздражительности, плаксивости, снижению работоспособности. В послеоперационном периоде у больных преобладают апатический и астенический синдромы.

Дефекты молочной железы приводят к наиболее выраженным изменениям психической деятельности женщины вследствие нарушения базисных функций формирования ее внутренней самооценки.

Женщины обеспокоены своей дальнейшей судьбой, задают вопросы, уточняют, злокачественная ли у них опухоль, не было ли метастазов и т.д. В беседе с ними нужно быть очень осторожным. Следует объяснить

больным, что операция прошла успешно и им в дальнейшем ничего не грозит и проводить психотерапевтические беседы.

Организовывая адекватную психологическую поддержку, медицинская сестра должна брать во внимание тип личности пациентки, который определяет наиболее целесообразные взаимоотношения медсестры и женщины с позиции отношений руководства или сотрудничества. Руководство наиболее эффективно для женщин с относительно социально незрелой личностью, нуждающихся в советах медсестры, при слабой мотивации к лечению и пассивности. Такие пациенты по своему типу поведения нуждаются в руководстве. Больные с противоположными особенностями личности, самодостаточные и уверенные в себе, обычно хорошо лечатся в обстановке взаимоотношения сотрудничества.

Уход медицинской сестры за пациенткой в позднем послеоперационном периоде также важен, как и в раннем. Он включает: уход за послеоперационным рубцом, уход за рукой на больной стороне, общие рекомендации и меры профилактики.

Уход за послеоперационным рубцом. На следующий день после снятия швов с раны медсестра должна проследить, чтобы женщина приняла теплый (37-38°C) душ (ванну). Процедура ежедневная в течение 7-10 дней.

Во время принятия душа кожу вокруг рубца необходимо мыть марлевой салфеткой, а затем вытереть (высушивать) салфеткой промокательными движениями. После высушивания линия швов обрабатывается 70% спиртом (можно водкой), затем бриллиантовым зеленым. Обработка повторяется до образования гладкого рубца.

Кожа вокруг рубца ежедневно смазывается детским кремом или пропастеризованным растительным маслом и накладывается марлевая повязка до отпадения "корочек". Техника изготовления марлевой повязки: на широком бинте раскатывается тонкий слой ваты, поверх ваты ложится еще широкий бинт, повязка выкраивается нужной длины. Специально изготовленные протезы МЖ можно применять через месяц после полного заживления операционной раны.

Уход за рукой на оперированной стороне. Технические особенности операции при раке молочной железы (удаление лимфоузлов, части или всей грудной мышцы) вызывают боли в руке, отек, нарушается подвижность конечности, поэтому женщине необходимо заниматься ЛФК минимум в течение 6 мес. после операции. В целях соблюдения ЗОЖ гимнастику можно делать пожизненно. Основная задача – восстановить объем движений в руке до нормального через 1,5 месяца после операции и свести до минимума отек руки.

Общие рекомендации. Женщине запрещается:

- загорать и находиться без одежды (оголенной) на солнце;
- принимать какие-либо физиотерапевтические процедуры на область раны, в том числе и на подмышечную впадину;
- принимать витамин B12 (цианокобаламин) и фолиевую кислоту;
- принимать биогенные стимуляторы (алоэ, стекловидное тело и другие);
- принимать гормональные препараты без назначения врача.

1. Впервые 2 года после оперативного лечения женщине можно отдыхать только в климатической зоне, сходной с зоной постоянного проживания.

2. Соблюдать рациональную и сбалансированную диету, богатую витаминами, полноценными белками (творог, рыба, куры, не жирное мясо). Ограничить углеводы в чистом виде (сахар, конфеты), мучные изделия, животные жиры. Контролировать массу тела и не полнеть.

3. Вернуться к обычному ритму сексуальной активности. Временно запрещаются беременность и роды. Не прибегать к абортam, предохраняться современными контрацептивными средствами, кроме гормональных средств.

4. По всем вопросам консультироваться с сотрудниками по реабилитации, онкологического диспансера, лечащим врачом.

1.3. Основные ранние послеоперационные осложнения и их профилактика

Основными задачами медперсонала в послеоперационном периоде являются: предупреждение возникновения послеоперационных осложнений.

Главная задача, для чего следует: вовремя распознать послеоперационное осложнение; обеспечить уход за больным силами врача, медсестры, санитаров (обезболивание, обеспечение жизненно важных функций, перевязки, четкое выполнение врачебных назначений); вовремя оказать адекватную доврачебную помощь при возникших осложнениях.

Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко

зависит успех лечения.

В задачи медицинской сестры по послеоперационному уходу за больными входят следующие обязанности: своевременный ввод лекарств; уход за пациентом; участие в кормлении; гигиенический уход за кожей и ротовой полостью; наблюдение за ухудшением состояния и оказание первой помощи.

Уже с момента поступления больного в палату интенсивной терапии, в зависимости от его общего состояния, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.).

Послеоперационные осложнения - это новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основной болезни. Причины осложнений — это наличие сопутствующей патологии, переоценка возможностей организма пациента перенести операцию, несоблюдение пациентом больничного режима, ошибки технические и тактические [10, с.345].

Осложнения могут появиться непосредственно во время проведения операции, такие как повреждение органов и тканей, осложнения анестезии, тромбоэмболическое осложнение, кровотечение. Со стороны органов и систем на которых проводилось оперативное вмешательство также могут возникнуть осложнения такие как развитие гнойного инфильтрата, вторичное кровотечение, расхождение краев раны, нарушении функции органа и системы, на котором проводилось вмешательство [3, с.89].

Осложнения, которые могут появиться в послеоперационном периоде такие как сердечно сосудистая недостаточность, инфаркт миокарда и аритмии, коллапс, тромбозы и эмболии, острая дыхательная недостаточность, пневмонии и бронхиты, отек легких. Осложнения, связанные с наркозом

- Нарушение сердечного ритма.

- Западение языка.

- Рвота.

- Нарушение терморегуляции.

Сбои сердечного ритма после наркоза. Препараты для общей анестезии в подавляющем большинстве случаев приводят к снижению артериального давления и замедлению пульса. Если у пациента есть склонность к нарушениям ритма на фоне болезней сердца, то они усиливают клинические проявления аритмии, так как замедляют кровообращение, оказывая кардиодепрессивное действие.

Низкая возбудимость и проводимость миокарда может сохраняться на протяжении суток, в дальнейшем ритм постепенно восстанавливается. Развитие брадикардии и блокады проводящих путей можно предотвратить введением Атропина на этапе премедикации. Сложные формы аритмии возникают у пациентов с ишемическими процессами в миокарде, кардиосклерозом, кардиомиопатией. Им показано мониторирование ЭКГ не менее 2—3 суток после операции.

Послеоперационная рвота. Рвота может быть следствием действия наркотизирующих веществ и самой операции. Она может возникнуть после затекания крови в желудок. В желудке происходит обработка гемоглобина желудочным соком с соляной кислотой, в результате чего образуется солянокислый гематин (железо), является токсичным для организма, и вызывает рвоту черными редкими массами. Это защитная реакция организма. Рвота особенно опасна из-за возможной аспирации, если возникает до полного пробуждения больного ее нужно предусматривать, поэтому после операции необходимо заранее нужно убрать подушку и повернуть голову пациента набок для опорожнения рта и предотвращения аспирации рвотных масс. В послеоперационной палате должен быть готовым к работе электроаспиратор, которым из ротовой полости, или из дыхательных путей при ларингоскопии удаляются рвотные массы. Рвотные массы можно также удалять из ротовой полости при помощи марлевой салфетки на корнцанге. Если рвота развилась у больного, находящегося в сознании, необходимо помочь ему, подав тазик, поддержать над тазиком его голову. После рвоты умойте его, дайте воды для полоскания рта или проведите обработку ротовой полости.

При появлении в рвотных массах примеси крови сохраните их до осмотра врача, уложите пациента на бок, приложите пузырь со льдом к животу (эпигастральной области), отложите внутреннее употребление жидкости, пищи, лекарственных препаратов. Далее действуйте в соответствии с назначениями врача. При длительной, мучительной, неукротимой рвоте целесообразно установить назогастральный зонд, при отсутствии противопоказаний промыть желудок. Существует целый ряд препаратов, которые назначают при тошноте и рвоте: церукал (метоклопрамид), антигистаминные препараты (супрастин), атропин, эфедрин.

1. Борьба с послеоперационной болью.

По мере пробуждения на первый план вступает проблема послеоперационной боли. В настоящее время принят мультимодальный принцип профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома, который предусматривает воздействие на центральные и периферические механизмы возникновения, проведения и восприятие ноцицептивной импульсации.

В каждом лечебном учреждении наряду с формулярными списками антибиотиков и прочих жизненно важных препаратов должен существовать и формуляр медикаментозных средств, используемых для послеоперационного обезболивания.

Внедрены в клиническую практику методы и способы центральных и периферических блокад современными местными анестетиками (наропин, бупивакаин), а также хорошо известными -лидокоин, пироккаином и др.;

применяют опиоидные (морфин, омнопон, промедол, фентанил, просидол, стадол) и неопиоидные анальгетики центрального действия: баралгин, триган, новиган, кетанов, брал, трамал (имеет четыре лекарственных формы:

капли, капсулы, суппозитории, растворы для инъекций, что делает его удобным в детской практике); ингибиторы синтеза простагландинов (неспецифические противовоспалительные препараты (НПВП):

ксефокам, найз, кеторол, торадол, кетонал (имеет шесть лекарственных форм: раствор, свечи, крем, капсулы, таблетки-ретард и - форте); парентеральные салицилаты аспизол, ацелизин;

ингибиторы синтеза кининов (контрикал, гордокс, трасилол); ингибиторы возбуждающих аминокислот (кетамин);

адренергический препарат клофелин и т.д.

Необходимо разумное сочетание препаратов, способов их введения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, травматичности операции и т.д. Обезболивающие препараты вводят в послеоперационном периоде практически всегда, однако выбирать препарат, определять кратность введения необходимо для каждого больного индивидуально.

Расстройства функции ряда органов после операции и восстановление их функции.

-парез кишечника

-задержка мочеиспускания

-стоматит и паротит

-пневмония

-итромбоэмболия

-пролежни

-гипертермия

Парез кишечника - обычное рефлекторное явление после операции, особенно на органах брюшной полости.

Парез приводит к метеоризму. Наряду с усилением боли в послеоперационной из-за растяжения брюшной стенки, раздутые петли кишечника приподнимают диафрагму, что приводит к уменьшению дыхательного объема, одышке и способствует развитию сердечно-легочной недостаточности и пневмонии [23, с.89].

В послеоперационном периоде важно, как можно раньше восстановить перистальтику кишечника.

Профилактика этого состояния начинается еще во время операции, когда хирурги стараются максимально бережно обращаться с кишечником, сильно не тянуть и не сдавливать его; при травматичных операциях или при наличии выраженных воспалительных изменений в брюшной полости перед зашиванием в корень брыжейки вводят новокаин или другой местный анестетик.

Необходимым условием раннего восстановления перистальтики является адекватное обезболивание в послеоперационном периоде. Для этого применяют парентеральное введение анальгетиков и перидуральную анестезию.

При отсутствии противопоказаний ставят очистительную или гипертоническую клизму. Для медикаментозной стимуляции кишечника применяют церукал, прозерин, а для симптоматической терапии метеоризма применяют эспумизан, который устраняет избыточное газообразование, облегчает тяжесть в желудке, уменьшает вздутие живота, отрыжку, кишечные колики. Более естественной стимуляцией перистальтики является ранее начало естественного питания.

Задержка мочеиспускания после операции имеет чаще всего нервно-рефлекторное происхождение и встречается после вмешательства на промежности, половых органах, прямой кишке и органах малого таза.

Для облегчения мочеиспускания пациента необходимо оставить одного в палате или загородить ширмой, если больной не может мочиться лежа, его по разрешению врача можно на короткое время посадить на судно, установленное на постели. Можно согреть промежность и область мочевого пузыря грелкой. При

отсутствии эффекта прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Если катетер был установлен еще перед операцией, после операции его удаляют в течении как минимум суток. Но и длительное пребывание катетера нежелательно, так как может привести к инфицированию мочевого пузыря.

Стоматит (воспаление слизистой рта) и паротит (воспаление слюнных желез) развиваются вследствие уменьшения саливации и развития резидентной флоры из кариозных зубов, миндалин и т.д. Уменьшение слюноотделения начинается до операции под воздействием атропина и сохраняется до тех пор, пока больной не начинает принимать пищу. За это время восходящая инфекция по протокам попадает в слюнные железы, а подсыхающая слизистая рта изъязвляется и также инфицируется.

Для восстановления слюноотделения в первые часы после операции смачивают губы влажной салфеткой. В течение первых суток предлагают прополоскать рот, дают под язык дольку лимона. В дальнейшем разрешают пить по глотку и дают гексорал, фарингосепт, имудон для рассасывания во рту. Ослабленным больным и грудным детям во время ежедневного умывания обрабатывают слизистую рта стерильной салфеткой, смоченной фурацилином, 0,1% раствором перманганатом калия; язвы смазывают глицерином и винилином.

Возникновение послеоперационной пневмонии связано с гипостатическими явлениями а легких перераспределением и застоем крови при длительном малоподвижном горизонтальном положении; ограничением экскурсии грудной клетке из-за болей и высокого стояния диафрагмы вследствие метеоризма; нарушением дренажной функции бронхов, бронхоспазмом и активизацией аутофлоры. Большое значение имеет малообъемная аспирация, не приводящая к обструкции (слизюна, слизь, кровь, желудочное содержимое). Она возникает во время операции, так и после нее. При плановых операциях под общей анестезией частота аспирации составляет 4 -25%, а при экстренных - еще больше. Установка на длительный срок трахеостомы, эндотрахеальной трубки, назогастрального зонда практически в 100% случаев сопровождается аспирацией. Находясь в трахее или глотки, эти приспособления препятствуют физиологическому очищению дыхательных путей и закрытию надгортанника входа в гортань. Тем не менее правильно подобранная эндотрахеальная трубка с раздутой манжетой и активная аспирация желудочного содержимого позволяет предотвратить аспирацию. Так же, инфицирования дыхательных путей может произойти через руки медицинского персонала и через воздух больничных помещений.

Профилактика послеоперационной пневмонии заключается в применении комплекса мероприятий:

1. Предупреждение регургитации и аспирации во время операции и в первые часы после нее.
2. Раннее и тщательное обезболивание.
3. Регуляторное изменение положения тела.
4. Постуральный дренаж.
5. Ранняя активизация больного.
6. Стимуляция кашля (волевая и рефлекторная).
7. Гипервентиляция с применением надувных шаров и спиротренажеров.
8. Лечебная гимнастика с первых часов после операции.
9. Ультразвуковые ингаляции.
10. Муколитики: АЦЦ, флюдитек, бронхikum, аскорил.
11. Вибромассаж, банки и горчичники.
12. При пневмонии - антибиотики.

Тромбозы периферических вен и тромбоэмболии встречаются чаще после полостных и травматичных операций, особенно по поводу злокачественных новообразований. Предрасполагающими факторами являются: избыточный вес, пожилой возраст, атеросклероз, варикозное расширение вен нижних конечностей, беременность, применение противозачаточных препаратов.

Способствует тромбообразованию замедление кровотока у длительно лежащего больного и повышение свертываемости крови в послеоперационном периоде. Основными факторами, обуславливающими отток крови из нижних конечностей при горизонтальном положении, являются: остаточная сила сердечного выброса на периферии; тонус окружающих вену тканей, главным образом мышц; присасывающее действие грудной клетки, создающее определенный градиент давления между нижней полой веной и венами нижних конечностей[34, с.49].

Поэтому особенное место в профилактике тромбообразования принадлежит «механическим» способам: ранняя активизация (повороты, движения конечностями); лечебная гимнастика. Кроме того, применяется фармакологическая защита (антикоагулянты непрямого и прямого действия)

Пролежни - омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, которое образуется у тяжелых и ослабленных больных, вследствие заболевания вынужденных длительное время неподвижно

находится в постели (кроватьная рана). Одним из факторов, приводящих к развитию пролежней, является длительное сдавливание мягких тканей между поверхностями, на которую они опираются, и костными выступами. Для предупреждения пролежней необходимо прежде всего устранить или свести до минимума давления на ткани.

Это достигается следующими приемами:

1. Изменяют положение больного в кровати каждые 2 ч: чередовать положения на спине, на одном и другом боку, приподнимая его над кроватью или перекачивая, но не сдвигая, положения Фаулера и Симса;
2. Под костные выступы подкладывают поролоновые и ватно-марлевые подушки, валики и круги;
3. Применяют функциональные кровати и противопролежневые матрасы (водные, гелевые, воздушные); в положение Фаулера необходимо устанавливать упор для ног;
4. В кресле-каталке или инвалидной коляске обязательно применение поролоновых подушек под ягодицы и спину, а также поролоновых прокладок под стопы;
5. Обучают родственников правильному уходу;
6. Объясняют пациенту цели и необходимость всех профилактических мероприятий;
7. Обучают пациента технике самостоятельного изменения положения тела с помощью специальных приемов и вспомогательных средств.

Глава 2. Практические основы исследования роли медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде

2.1. Исследование деятельности медицинской сестры в уходе за пациентом в послеоперационном периоде
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Санкт Петербургской "Ломоносовская межрайонная больница им. И.Н.Юдченко" оказывает квалифицированную медицинскую помощь населению Ломоносовского района.

В составе ГБУЗ ЛО "Ломоносовская МБ" входят:

- 6 стационарных отделений круглосуточного пребывания пациентов,
- отделение скорой медицинской помощи,
- диагностические подразделения,
- клинико-диагностическая лаборатория,
- стоматологическая поликлиника,
- больница сестринского ухода,
- 2 участковые больницы различного профиля,
- консультативная поликлиника на 500 посещений с дневным стационаром на 5 коек, развитая сеть первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

Наличие современного высокотехнологичного медицинского оборудования в хирургических отделениях больницы позволяет выполнять малоинвазивные оперативные вмешательства, значительно сокращающие сроки лечения больных.

большой практический опыт и постоянное наращивание научного потенциала врачебного состава обеспечивает высокий уровень оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Абдоминальная хирургия. В отделении выполняется широкий спектр хирургических вмешательств при доброкачественных и злокачественных поражениях органа хирургами колопроктологии.

Травматология и ортопедия. В условиях травматологического отделения выполняются малоинвазивные методы артроскопического лечения и диагностики травм и заболеваний крупных суставов (коленный, голеностопный): эндопротезирование передней крестообразной связки, восстановление ротаторной манжеты плеча. Кроме того, успешно выполняются оперативные вмешательства по имплантации эндопротезов крупных суставов, реконструктивные операции на стопе и кисти.

Нейрохирургия. Нейрохирургами осуществляется микрохирургическое удаление опухолей головного мозга, грыж межпозвоночных дисков, микрохирургическое клипирование аневризмы головного мозга.

Комбустиология. Специалистами в области комбустиологии проводятся различные восстановительные операции, заключающиеся в воссоздании участков кожного покрова человека, утерянных в результате различных ожогов.

Отоларингология. В оториноларингологическом отделении отдается предпочтение функциональной хирургии, позволяющей проводить технически сложные операции на гортани (опорная ларингоскопия) и среднем ухе (тимпаностика) с минимальной травматизацией тканей. Используется современное оборудование и инструменты, включая эндоскопы, шейверы, интраоперационную навигационную систему, операционный микроскоп.

Челюстно-лицевая хирургия. Специалистами челюстно-лицевой хирургии проводятся реконструктивно-восстановительные операции в области головы и шеи: пластика мягких тканей, восстановление костных дефектов, применение рзо- и эндоимплантатов, удаление образований челюстно-лицевой области с п дномоментным замещением дефекта.

1. Обуховец Т.П., Склярова Т.Л. Основы сестринского дела. Ростов н/Д: Феникс, 2020. – 46 с.
2. Абдуллаев, Э.Г. Перитонит: Методическая разработка для студентов [Текст]/ Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин. – Владимир. – 2020. – 135 с.
3. Бородулин, В.И. Справочник по неотложной медицинской помощи [Текст]/ В.И. Бородулин – Москва: Оникс – 2015. – 46 с.
4. ВОЗ. Рак молочной железы: профилактика и борьба [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/ru/>, свободный. – Загл. с экрана
5. Гавришева Н.А. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты: Учеб.пособие для студ.мед.вузов и фак. / Н. А. Гавришева, Т. В. Антонова. – СПб: Спец. лит., 1999. – 255с.: ил.
6. Гарелик, П.В. Общая хирургия [Текст]/ П.В Гарелик. – Минск: Высшая кола – 2014. – 532 с.
7. Гостищев, В.К. Общая хирургия [Текст]/ В.К. Гостищев. – Москва: ГЭОТАР-медиа – 2015. – 562с.
8. Двойников С.И. Основы сестринского дела. М.: Медицина, 2005.
9. Демидова Л.В. Лечебное питание. Сестринское дело. 2015. № 1.
10. Евсеев М. А. «Уход за больными в хирургической клинике» Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
11. Евсеев, М.А. Уход за больными в хирургической клинике [Текст]/ М.А. Евсеев. – Москва: ГЭОТАР-медиа – 2015. – 192 с.
12. Заболеваемость всего населения России в 2020 году: Статистические материалы. Часть 11. – М., 2022 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskij-sbornik-2020-god>, свободный. – Загл. с экрана
13. Захарова, М.А. Социологическое исследование распространенности факторов риска развития рака молочной железы в Новосибирском регионе / М. А. Захарова, С.В. Чусовлянова // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – N 3. – С. 116-119.
14. Зубарев, П.Н. Общая хирургия [Текст]/ П.Н. Зубарев, А.В. Кочетков. – СПб.: СпецЛит – 2015. – 608 с.
15. Ивина, А. А.Частные формы рака: рак легких, желудка, матки,яичников, молочной железы: учебно-методическое пособие к практическому занятию по патологической анатомии / А. А. Ивина, Л. В. Кудрявцева, Г. Ю. Кудрявцев. – Москва: РУДН, 2022. – 40 с.
16. Каранадзе, Е. Н. Обзор современных методов в системе комплексной диагностики рака молочной железы на ранних стадиях его развития / Е.Н. Каранадзе, Е. Е. Лемзякова, И. И. Мартынюк [и др.] // Научный вестник здравоохранения Кубани. – 2022. – N 1 (61). – С. 7-20.
17. Князева, Л. И. Внутренние болезни [Текст]/ Л.А. Князева, И.И. Горяйнов. – Курск – 2014. – 624 с.
18. Маколкин, В.И. Внутренние болезни [Текст]/ В.И. Маколкин, А.И. Дмитриев. – Москва: медицина – 2015. – 789 с.
19. Максимов, Д. А. Психологический статус женщин после онкопластических операций по поводу рака молочной железы / Д. А. Максимов, Н.В. Веселова, А.В. Агеев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2022. – Т. 17, вып. 3. – С. 12-17.
20. Малярчук, В.И. Курс лекций по общей хирургии [Текст]/ В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин – Москва: РУДН – 2020. – 385 с.
21. Мартынов, А.И. Внутренние болезни [Текст]/ А.И. Мартынов, Н.А. Мухин. – Москва – 2015. – 1228 с.
22. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – М.: Медицина. – 1998. – Том 1 (Часть 1). – 698 с.
23. Мирский, М.Б. История медицины и хирургии [Текст]/ М.Б Мирский – Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2020 – 528 с.
24. Мишинькин, П.Н. Конспект лекций по общей хирургии [Текст]/ П.Н. Мишинькин, А.Ю. Неганова. – Москва: Эксмо – 2020. – 160 с.
25. Мухин, Н.А. Внутренние болезни [Текст]/ Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.И. Мартынов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа – 2015. – 960 с.
26. Мухина С.А., Тарновская И.И – Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 368 с.
27. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету ОСД. М.: Родник, 1998.
28. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия [Текст]/ М.А. Нартайлаков, А.Х. Мустафин, Г.Н. Чингизова. – Ростов-

на-Дону: Феникс – 2015. – 256 с.

29. Петров, С.В. Общая хирургия [Текст]/ С.В. Петров – СПб: Лань – 2015. – 659 с.

30. Покровский, В.И. Малая медицинская энциклопедия [Текст]/ В.И. Покровский – Москва: Крон-Пресс. – 2015. – 608 с.

31. Портной, С.М. Основные риски развития рака молочной железы и предложения по его профилактике / С. М. Портной // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2022. – Т. 14, N 3. – С. 25-39.

32. Психология хирургических больных [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://4anosia.ru/psihologiya-hirurgicheskikh-bolnyih/>, свободный. – Загл. с экрана

33. Психология хирургических больных [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://4anosia.ru/psihologiya-hirurgicheskikh-bolnyih/>, свободный. – Загл. с экрана

34. Психология хирургического пациента [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://studfile.net/preview/3730430/page:23/>, свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 23.04.2020).

35. Рак молочной железы ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» МЗ РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nmicr.ru/meditsina/onkologicheskie-zabolevaniya-i-programmy-lecheniya-raka/programma-protiv-raka-verkhnikh-dykhatelnykh-putey-i-grudnoy-kletki/rak-molochnoy-zhelezy/>, свободный. – Загл. с экрана

36. Рубинина, Э.Д. Хирургия: Учебник / Э.Д. Рубинина; Под ред. И.К. Гайнутдинов. – М.: Дашков и К, 2013. – 592 с.

37. Руководство по инфекционным болезням / Военно-мед. акад.; Под ред. Ю.В. Лобзина. – 3-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Фолиант, 2023. – 1036с.

38. Рычагов, Г.П. Общая хирургия [Текст]/ Г.П. Рычагов, П.В. Гарелик, Ю.Б. Мартынов. – Минск: Интерпрессервис – 2015. – 436 с.

39. Савельев В.С. Острые нарушения мезентериального кровообращения. М., 2011. – 123 с.

40. Савченко Ю.П., Безлуцкий П.Г., Щерба С.Н. Превентивная колостома при внебрюшинных повреждениях прямой кишки // Материалы XI Съезда хирургов Российской Федерации. Волгоград, 2011. – 621-622 с.

41. Саркисян В.А. Лечение повреждений ободочной кишки на фоне сочетанной и множественной травмы // Материалы Первого съезда хирургов Южного федерального округа. Ростов н/Д, 2010. – 73-74 с.

42. Семнонкин Е.И. Колопроктология. М., Медпрана, 2014. – 223 с.

43. Скрыбин, Г.Н. Циститы: Учебное пособие [Текст]/ Г.Н. Скрыбин, В.Н. Александров, Д.Г. Кореньков, Т.Н. Назаров. – СПб.: Санкт-Петербург – 2020. – 100 с.

44. Соотношение численности среднего медицинского персонала и врачей [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://yandex.ru/search/?text=соотношение%20врачей%20средние%20медицинские%20работники%20по%20>свободный. – Загл. с экрана

45. Статистический сборник. 2022 год. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2022-god>, свободный. – Загл. с экрана

46. Тимербулатов В.М. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. – М., «Джангар», 2020. – 192 с.

47. Тимербулатов В.М. Парапроктит. М.: Уфа, 2012. – 208 с.

48. Удалов, Ю.Д. Психосоциальный стресс у соматически ослабленных пациентов онкологического профиля как один из факторов послеоперационных осложнений / Ю. Д. Удалов, А. В. Гордиенко, А. С. Самойлов [и др.] // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 5, N 3. – С. 117-125.

49. Уход за больными при операциях на молочной железе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rostmaster.ru/lib/surgob/surgob-0261.shtml>, свободный. – Загл. с экрана

50. Федорова В.Д. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, ГИ. Воробьева, В.Л. Ривкина. М.: Медицина, 2011. – 432 с.

51. Федюкович, Н.И. Анатомия и физиология человека / Н. И. Федюкович. – 24-е изд., стер. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 510 с.

52. Хетагурова А. К. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры / А. К. Хетагурова // Приложение к журналу «Лечебное дело». – № 1. – 2019.

53. Цепунов, Б.В. Хирургия с сестринским уходом: Учебное пособие / Б.В. Цепунов, К.Н. Гоженко, Е.А. Жилаев. – М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 576 с.

54. Чернов, В.Н. Острая непроходимость кишечника [Текст]/ В.Н. Чернов, Б.М. Белик. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 512 с.

55. Чиссов В.И. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями // М.. Медицина. 2010. – 41 с.

56. Шевелева, Е. Исследование коммуникационной компетентности медицинских работников / Е. Шевелева // Вопросы студенческой науки. – 2022. – Вып. 11. – С. 41-45.
57. Широкова, И. Уменьшить бремя рака молочной железы / И. Широкова, Ю. Прожерина // Ремедиум. – 2020. – N11. – С. 32-38.
58. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: учеб. для студ. мед. вузов / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - М.: Медицина, 2013. - 544 с.: ил. - (Учеб.лит. для студ.мед.вузов).
59. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: Учебник для студ.мед.вузов / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров. - М.: Медицина, 2003. - 542с.: ил. - (Учеб.лит-ра для студ.мед.вузов). - Предм. указ.: с. 535-543.
60. Калашникова И. А Научное обоснование организации медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой: дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 183 с.
61. Манихас Г. М., Оршанский Р. Н., Фридман М. Х. Основы стоматерапии. СПб.: «Петрополис», 2000. 192 с.
62. Плотникова Е. В. Подход к формированию медико-реабилитационных умений у будущих медицинских сестер по уходу за пациентом с кишечной стомой в «Калужском базовом медицинском колледже» // Вестник Калужского университета. 2021. № 2. С. 105-109.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/339841>