

Особенности реализации системного ухода за больными хирургического профиля.

К.п.н. Насретдинова Л.М.

Уход - это один из важных элементов в лечении больного, организуется на основании профессионального знания возможных изменений или осложнений у больных после операций и направлен на своевременное предупреждение и устранение их.

Уход включает в себя помощь больному при удовлетворении им основных жизненных потребностей (еда, питье, движение, опорожнение кишечника, мочевого пузыря и пр.); проведение мероприятий личной гигиены (умывание, профилактика пролежней, смена белья и др.); помощь во время болезненных состояний (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).

К уходу относится и ряд санитарно-эпидемиологических мероприятий, осуществляемых медицинским персоналом и направленных на поддержание должной чистоты в медицинском учреждении и предупреждение возникновения и распространения инфекционных (гнойно-септических) осложнений. К таким мероприятиям относятся регулярная уборка и проветривание помещений, санитарная обработка больных, их одежды, белья, предметов ухода, некоторые меры дезинфекции (дезинфекция - умерщвление патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (дезинсекция - уничтожение насекомых-паразитов).



Послеоперационный период - это отрезок времени после перенесенной операции, который связан с завершением раневого процесса - заживлением раны, и стабилизацией пониженных и пострадавших функций жизнеобеспечивающих органов и систем.

Послеоперационный период условно делится на три фазы:

- ранняя – составляет от 3 до 5 дней;
- поздняя – до 2-3 недель;
- отдаленная - продолжается до восстановления трудоспособности или возникновения стойкой нетрудоспособности.

Именно в раннем послеоперационном периоде проявляются все воздействия на организм больного операции и заболевания. Это, прежде всего:

- психологический стресс;
- влияние операционной травмы;
- последствия наркоза;
- боли в области послеоперационной раны;
- вынужденное положение больного;
- изменение характера питания.

У больных в послеоперационном периоде различают:

- активное,
- пассивное,
- вынужденное положение.



Основными задачами послеоперационного периода являются: коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния органов и систем, проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.

Организация послеоперационного ухода после плановых операций требует постоянного и квалифицированного наблюдения за больным.

В основе такого наблюдения лежит раннее выявление симптомов, свидетельствующих о неблагоприятном течении послеоперационного периода или о неадекватных ответных реакциях больного на лечебные действия, что позволяет предупредить возникновение различных осложнений.





Смена постельного белья



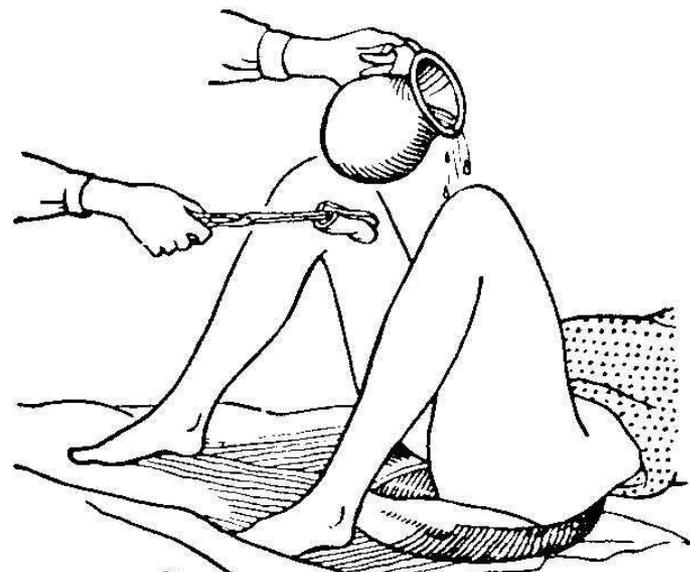
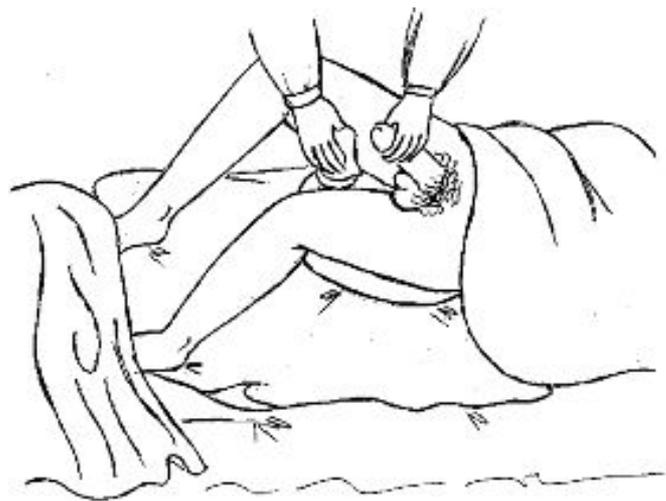
Смена нательного белья







Подмывание больных



Перевязка больного



Важное значение в послеоперационном периоде придается уходу за дренажами, зондами и катетерами.

Основные мероприятия включают следующее:

- контроль за правильным положением дренажей, зондов и катетеров.
- оценка количества и характера отделяемого, его цвета и запаха.
- соблюдение строгой асептики при венепункции, катетеризации сосудов, мочевого пузыря, смены инфузионных систем, удалении дренажей, катетеров и зондов.

Уход за дренажами

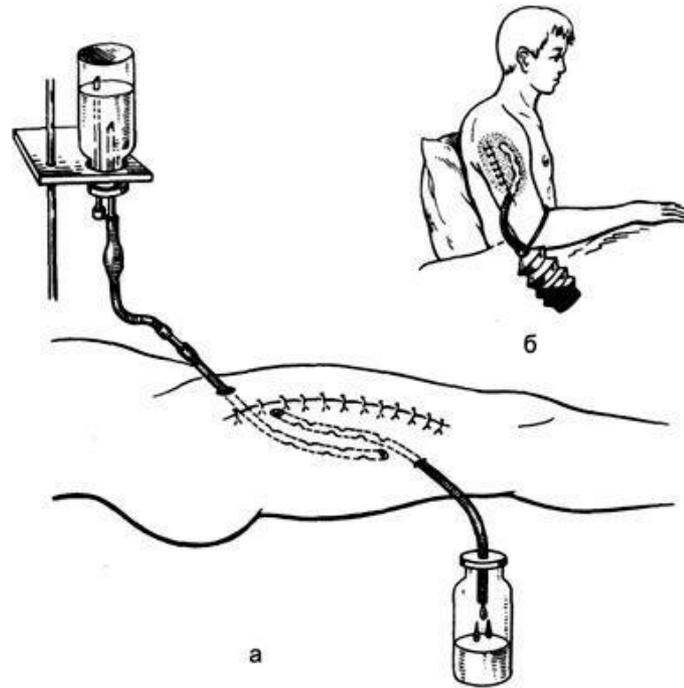
Дренажи после операции устанавливаются для:

- эвакуации патологического содержимого (жидкости или воздуха);
- контроля (гемостаз, состоятельность швов анастомоза, аэростаз и т.д.);
- введения в полость лекарственного раствора или аэрозоля.

Существует два вида дренирования: пассивное и активное.



Пассивное дренирование
гнойной раны



а – проточно-промывное дренирование
б – активное дренирование

Питание до и после операции

Правильная диетотерапия до и после операций значительно снижает возможность возникновения осложнений и способствует быстрому выздоровлению больного.

При отсутствии противопоказаний к приему пищи питание в предоперационный период должно создать резервы питательных веществ в организме. В диете предусматривается содержание 100-120 г белка, 100 г жира, 400 г углеводов (100-120 г легкоусвояемых); 12,6 МДж (3000 ккал), увеличенное по сравнению с физиологической нормой количество витаминов, в частности С и Р, за счет фруктов, овощей, их соков, отвара шиповника. При отсутствии отеков необходимо насыщение организма жидкостью (до 2,5 л в сутки). За 3-5 дней до операции из рациона исключают богатые клетчаткой вызывающие метеоризм продукты (бобовые, белокочанная капуста, хлеб из муки грубого помола, пшено, орехи, цельное молоко и др.). За 8 ч до операции больные не должны есть. Более длительное голодание не показано, так как оно ослабляет больного.

Хирургическая операция вызывает не только местную, но и общую реакцию организма, включая изменения обмена веществ.



Питание в послеоперационный период должно:

- 1) обеспечить щажение пораженных органов, особенно при операциях на органах пищеварения;
- 2) дать возможность нормализовать обмен веществ и восстановить общие силы организма;
- 3) повысить сопротивляемость организма при явлениях воспаления и интоксикации;
- 4) способствовать заживлению операционной раны.

После операции на органах брюшной полости часто рекомендуют голодную диету. Жидкость вводят внутривенно, а рот только прополаскивают. В дальнейшем постепенно назначают максимально щадящую пищу (жидкую, полужидкую, протертую), содержащую достаточное количество жидкости, наиболее легкоусвояемые источники питательных веществ. Для предупреждения метеоризма исключают из диеты цельное молоко, концентрированные растворы сахара и клетчатку.

При невозможности обеспечить питание оперированных больных обычным путем назначают парентеральное (внутривенное) и зондовое питание. Особенно показаны для питания через зонд или поильник энпиты - растворимые в воде высокопитательные концентраты.



Особенности проведения общего ухода за больными после экстренных операций

Неотложными вмешательствами являются:

- остановка кровотечения из крупных магистральных сосудов;
- грыжесечение при ущемленной грыже;
- операция при острой кишечной непроходимости;
- операции при перфоративной язве;
- операции при перитонитах различной этиологии;
- операции при остром аппендиците, остром деструктивном холецистите, остром деструктивном панкреатите.

При наблюдении за больным следует ориентироваться на критические показатели деятельности органов и систем, которые должны служить основанием для выяснения причины ухудшения состояния больного и оказания экстренной помощи:

1. Состояние сердечно-сосудистой системы: частота пульса менее 60 уд/мин или более 120 уд/мин; систолическое АД менее 100 или более 160 мм рт. ст.; центральное венозное давление менее 50 или более 150 мм вод. ст.; наличие аритмии.
2. Дыхательная система: ЧД (число дыханий) более 28 в мин, притупление перкуторно легочного звука и аускультативно – отсутствие дыхательных шумов в зоне притупления.
3. Кожа и видимые слизистые: выраженная бледность, акроцианоз, холодный липкий пот.
4. Мочевыделительная система: количество мочи менее 10 мл/ч, анурия.
5. Система ЖКТ: боли, асимметрия живота, неучастие живота в акте дыхания, черный кал, примесь крови в кале, вздутие живота, отсутствие стула и газов, отсутствие перистальтических кишечных шумов в течение 3 суток.
6. Состояние ЦНС; нарушение сознания, заторможенность, отсутствие реакции на раздражение.

Общий уход за больными в раннем послеоперационном периоде включает:

- контроль состояния больного;
- введение лекарственных препаратов согласно листу назначений;
- применение мочеприемников и судна для больных с постельным режимом;
- контроль отделяемого по дренажам;
- уход за катетером для отведения мочи;
- кормление, транспортировка больных;
- уход за кожными покровами, смена нательного и постельного белья;
- профилактика возникновения пролежней (изменение положения больного, обработка камфорным спиртом мест наиболее частого возникновения пролежней);
- контроль состояния операционной раны: обильное промокание повязки кровью, расхождение краев раны, выхождение органов брюшной полости в рану (эвентрация), обильное промокание повязки гноем, кишечным содержимым; контроль отделяемого по дренажам;
- обработка послеоперационных ран, асептические, мазевые повязки;
- в зависимости от характера оперативного вмешательства выполнение тех или иных манипуляций согласно назначениям врача - уход за колостомой, активизация больного, зондовое питание и др.

Послеоперационные осложнения:

1. Осложнения со стороны нервной системы и психические расстройства: боль, шок, нарушение сна и психики, послеоперационные психические расстройства, психозы.



Послеоперационные осложнения:

2. Послеоперационные тромбозы возникают в венах нижних конечностей вследствие замедления кровотока, гиперкоагуляции, нарушения целостности стенки вен.



Послеоперационные осложнения:

3. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.
4. Осложнения со стороны органов брюшной полости - перитонит, парез кишечника и динамические нарушения проходимости ЖКТ, отрыжка, рвота, икота.
5. Желудочно-кишечное кровотечение.
6. Осложнения со стороны органов мочеиспускания: анурия рефлекторного происхождения или ишурия.
7. Осложнения операционной раны: кровотечение, гематома, инфильтраты, нагноения, расхождения швов, эвентрация.



Послеоперационные осложнения:

8. Послеоперационные легочные осложнения - бронхиты, аспирационные, гипостатические, тромбоэмболические, септические пневмонии и др.

Чаще всего возникают вследствие нарушения бронхиальной проходимости. Профилактика легочных осложнений: оберегание больного от переохлаждения на операционном столе, в палате - чистый воздух, согретая постель и внимательный уход. Необходимо разъяснить больному значение глубокого дыхания и откашливания. Первые дни после операции при откашливании необходимо помогать больному, придерживая область швов правой рукой.

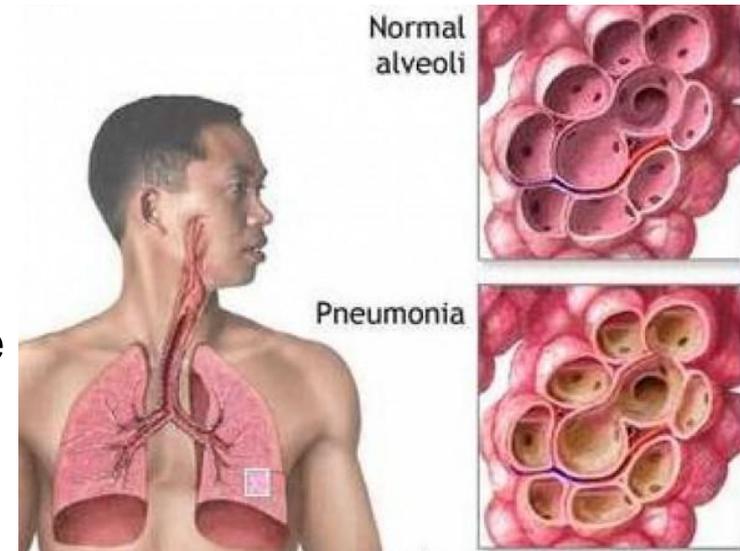


Застойная пневмония

Застойная пневмония является результатом того, что человек во время болезни находится в постели длительный период времени.

Зачастую заболевание начинается без температуры, кашля и озноба, которые характерны для крупозной или очаговой пневмонии. На первых порах имеет место быть выраженная слабость, одышка, ощущение неполного выдоха, потливость, покашливание. Однако, если симптомы сохраняются при длительном постельном режиме, необходимо сделать, по возможности рентген. Лёгкие, зачастую вообще не прослушиваются, так как в них скопилась жидкость из-за отёка слизистой оболочки бронхов и ткани лёгких. Жидкость появляется из-за того, что плазма крови, проходя сквозь сосуды, накапливается в тканях лёгких и плевре.

Алгоритм выведения жидкости: Если жидкости немного: около 500мл, на уровне 7-8 рёбер, то она, как правило рассасывается сама, выходя через лёгкие при влажном дыхании или через поры, за счёт потливости. Когда жидкости много, её откачивают через прокол в грудной клетке.



Для лечения застойной пневмонии очень важно выполнение дыхательной гимнастики. Хорошо помогают комплексы, разработанные Стрельниковой или Бутейко.

Например, можно использовать такие упражнения:

- сделать глубокий вдох, задержать дыхание и медленно выдохнуть (выполнять упражнение в течение 1-2 минут);
- поднять на вдохе руки вверх, затем, опустив их, резко со звуком «ха!» выдохнуть (время выполнения 1-2 минуты);
- надувать дважды в день надувные шары, начать выполнять упражнение с 1 минуты, довести до 5 минут;
- выдувать воздух через трубочку, вставленную в стакан с водой.

Лежачим больным каждые 2-3 часа необходимо проводить массаж: перевернуть пациента на живот и легонько постучать по спине, минуя область сердца в течение 3-5 минут, далее массаж сделать в области грудной клетки.

Рекомендовано ставить горчичники и банки на стадии выздоровления. Также можно рекомендовать контрастный душ.



Меры профилактики пневмонии у лежачих больных

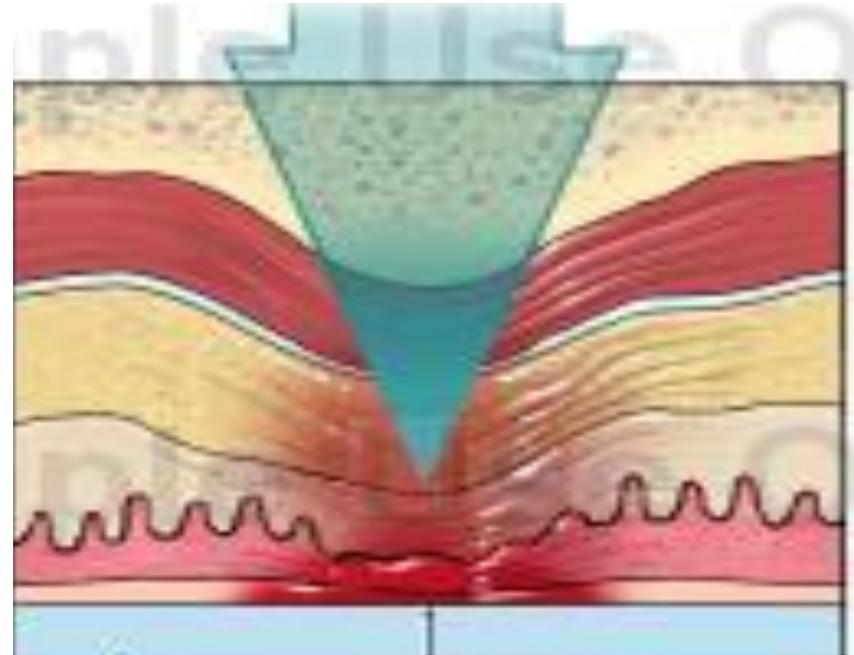
- Для улучшения притока крови к легким больного и уменьшению одышки ему следует обеспечить полусидячее положение. Для этого в изголовье подкладывают несколько подушек.
- В целях профилактики пневмонии у лежачих больных им можно делать лечебный массаж легким постукиванием по спине и груди без затрагивания области сердца. Проводят его по 3 – 5 минут несколько раз в сутки. Большую пользу массаж приносит больным, прикованным к постели из-за травм, но пациентам, страдающим стенокардией и сердечно-сосудистой недостаточностью, он противопоказан.
- Для разработки легких можно надуть детские шарики. Выполняют это действие утром и вечером, начиная с 1 – 2 минут и постепенно доходя до 5.
- Воздух из легких можно выдувать и через трубочку в стакан с водой.



Послеоперационные осложнения:

9. Пролежни

Пролежень – это участок ишемии и некроза тканей, возникающий в области постоянного давления на ткани (обычно – над костными выступами).



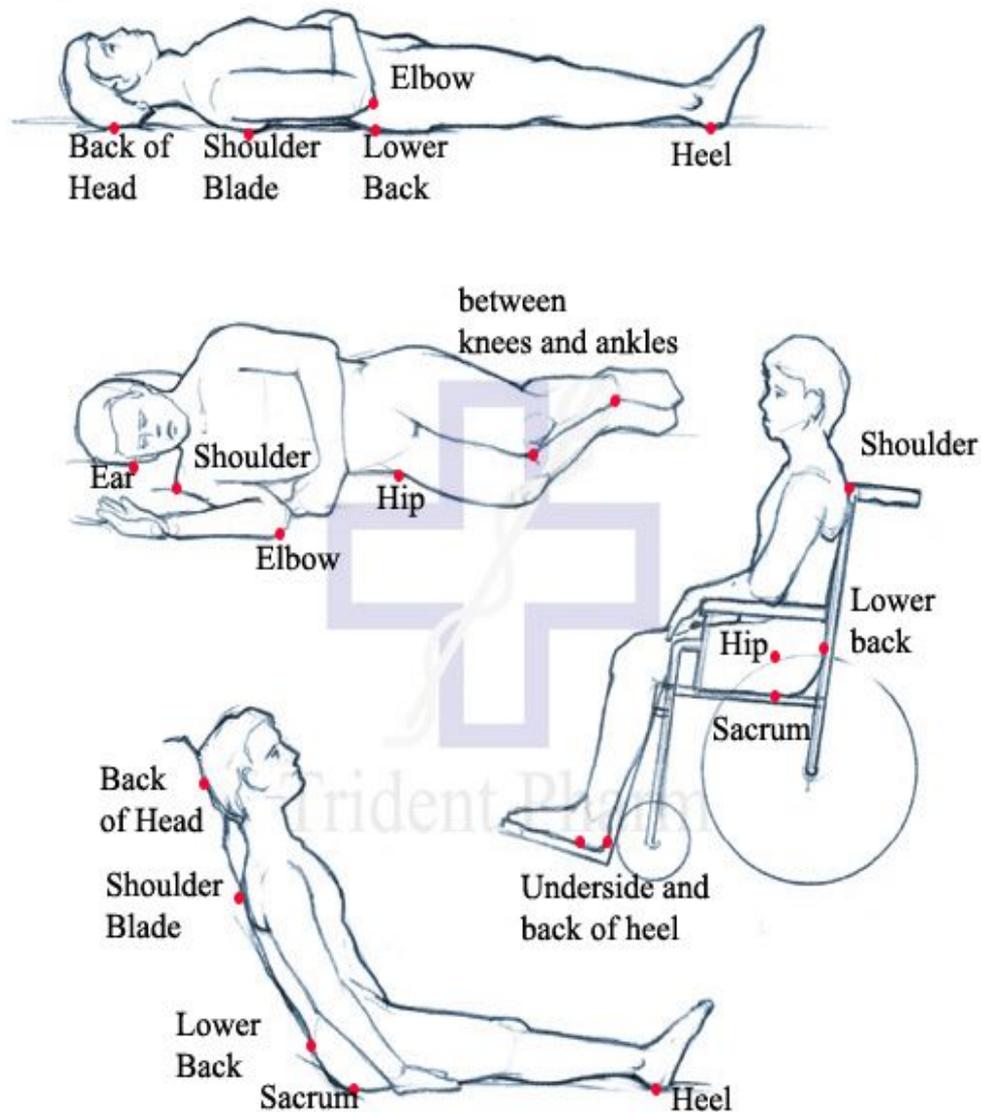
Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" (ОСТ 91500.11.0001-2002)

- Неадекватные противолежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых медицинских затрат, связанных с последующим лечением образовавшихся пролежней и их инфекцией. Увеличивается продолжительность госпитализации пациента, появляется потребность в адекватных перевязочных (гидроколлоидные, гидрогели и др.) и лекарственных (ферменты, противовоспалительные, средства улучшающие регенерацию) средствах, инструментарии, оборудовании.
- В ряде случаев требуется хирургическое лечение пролежней III-IV стадий.
- Возрастают и все остальные затраты, связанные с лечением пролежней.

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80 % случаев.

Места образования пролежней на теле

человека



Основные причины локализации пролежней это давление и время.
К другим *причинам возникновения пролежней* можно отнести:

- недостаточный уход за больным;
- слишком большой или слишком низкий вес пациента;
- сухость кожи;
- недержание мочи или кала;
- заболевания, приводящие к нарушению трофики (питания) тканей;
- анемия;
- ограниченная подвижность.

Среди **факторов патогенеза пролежней** можно выделить патомеханические и патофизиологические.

К **патомеханическим** факторам относятся:

- сдавление,
- трение,
- смещение,
- мацерация кожных покровов,
- неподвижность;

к **патофизиологическим** –

- лихорадка,
- сопутствующие инфекции,
- анемия,
- гипоксемия,
- неполноценность питания и сниженная масса тела,

- поражение спинного мозга и периферических нервов.

Оценка степени риска образования пролежней

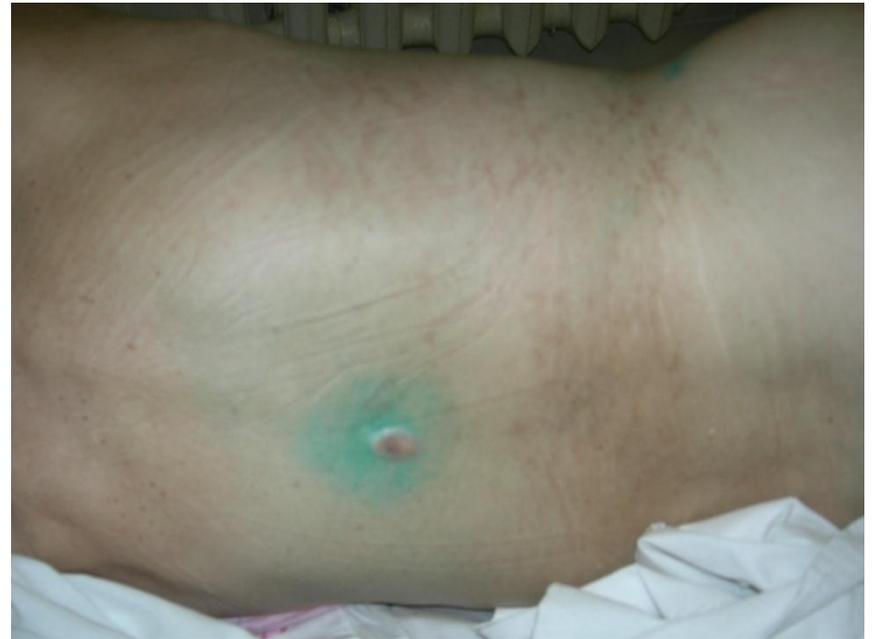
ШКАЛА ВАТЕРЛОУ

Строение тела/ вес в соотношении с ростом		Тип кожи/ оптические определяемые зоны риска		Пол возраст		Особые риски	
среднем	0	здоровая	0	мужской	1	недостаточное питание тканей	
выше среднего	1	истончение тканей	1	женский	2	терминальная кахексия	8
ожирение	2	сухая	1	14-49	1	сердечная недостаточность	5
кахексия	3	отёчная	1	50-64	2	Периферийное заболевание сосудов	5
		холодный пот (температура)	1	65-75	3	анемия	2
		бледная	2	75-80	4	курение	1
		повреждённая, болезненная	3	81+	5		

недержание		мобильность		аппетит		неврологический дефицит	
Полное/катетер	0	нормальное	0	средний	0	Диабетическая невропатия, MS	4
Иногда недержание	1	неспокойный	1	неудовлетворительный	1	апоплексия, моторная/сенсорная, параплегия, тетраплегия	6
катетер/недержание стула	2	апатия, ограничена	2	питание через зонд/только жидкость	2	большие хирургические вмешательства/травмы	
недержание стула и мочи	3	гипс (вытяжение)	3	отказ от пищи (голодание)	3	ортопедия, операционное вмешательство (более 2 часов)	5
		неподвижность (кресло-каталка)	5			назначение лекарства	
						стероиды, цитостатики, противовоспалительные препараты высокой дозировки	4

Стадии пролежней

- **1 стадия** - эритема кожи, не исчезающая в течение 30 минут после перемены положения тела, эпидермис интактен.



- **2 стадия** - поверхностный дефект кожи (поражение эпидермиса, иногда с захватом дермы); может проявляться в виде пузыря на фоне эритемы.



- **3 стадия** - поражение кожи на всю ее толщину.



- **4 стадия** - деструкция кожи и глубже-лежащих распо-ложенных тканей до фасции, мышцы, кости или сустава.



Группу риска развития пролежней

составляют:

- пожилые люди;
- пациенты, страдающие хроническими заболеваниями (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца);
- ослабленные лица;
- больные с нарушением сознания (когнитивные нарушения, действие обезболивающих веществ, кома и т.д.);
- больные с параличами и/или нарушением поверхностной и глубокой чувствительности.

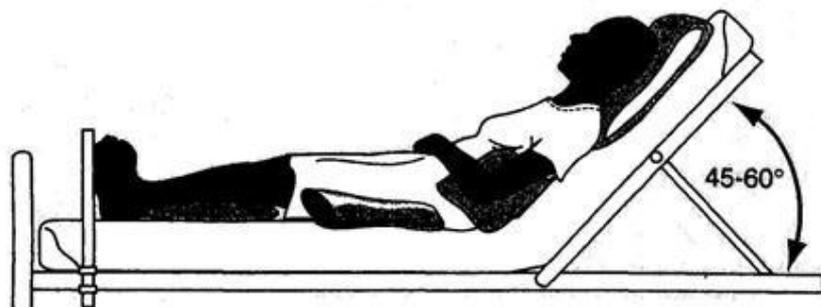


Смена положения в постели каждые 2 часа

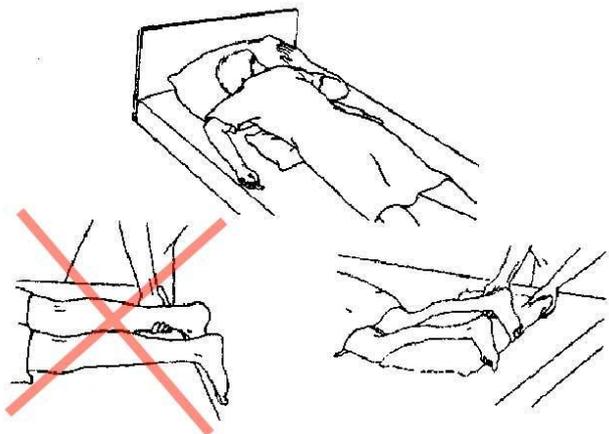
Положение Симса



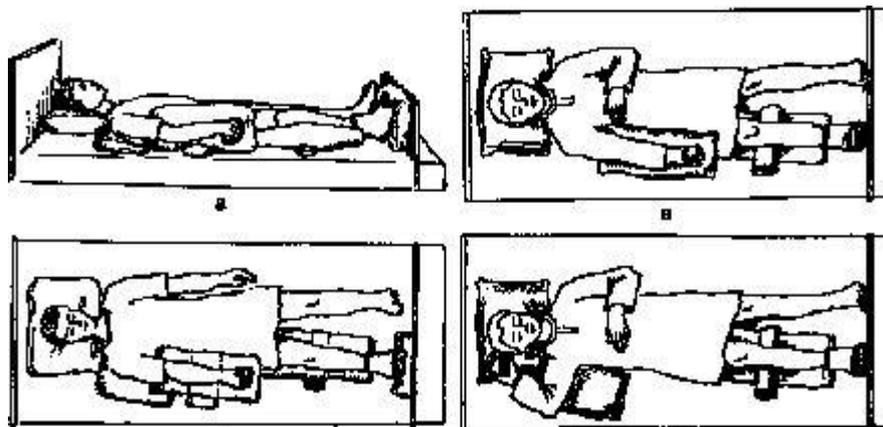
Полусидячее
положение



Положение «лёжа на животе»



Положение «лёжа на спине»



Используемые приспособления для профилактики пролежней



Профилактика пролежней состоит в следующем:

- каждые 2 часа менять положение пациента, осматривая места возможного образования пролежней;
- перестилая пациенту постель, следить, чтобы на простыне не было крошек, складок;
- немедленно менять мокрое или загрязненное белье;
- под крестец и копчик подкладывать резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги;
- использовать противопролежневый матрац;
- рекомендуется осуществлять массаж тканей в области возможного образования пролежней вращательными движениями;
- утром и вечером обмывать места, где чаще всего образуются пролежни, теплой водой и протирать их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта, 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1-2 % раствором танина в спирте, 1 % раствором салицилового спирта, туалетным или разведенным столовым уксусом (протирая кожу, этим же тампоном необходимо делать легкий массаж);
- при появлении пролежней (покраснение кожи) 1-2 раза в сутки смазывать кожу 5-10 % раствором калия перманганата;
- полноценное питание с достаточным содержанием белков, витаминов и калорий.

Лечение пролежней

Целью лечения является восстановление кожных покровов в области пролежня. В зависимости от стадии процесса достичь этого можно консервативными мероприятиями (очищение раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования) либо оперативным путем (хирургическое удаление некрозов и закрытые пролежневой раны).

При первой и второй стадиях процесса обычно ограничиваются консервативным лечением, при третьей и четвертой стадиях предпочтительней оперативное вмешательство.

Благодарю за внимание!