

# Общий уход в пред- и послеоперационном периоде



Лекция подготовила  
зав.кафедрой Сестринского дела  
к.м.н. доцент  
Мухачева Елена Алексеевна

# Особенности подготовки больных к экстренным операциям



- кратчайшие сроки для подготовки;
- минимальные дополнительные обследования;
- санитарная обработка больного частичная, обмывание или обтирание загрязненных участков тела;
  - промывание желудка - по указанию врача;
- бритье операционного поля сухим способом

# Минимальное обследование перед экстренной операцией

1. Сбор жалоб,
2. Сбор анамнеза,
3. Физикальное обследование
4. Измерение ЧСС, ЧДД, АД, ЭКГ
5. Всем старше 40 лет (младше при наличии жалоб):
  - Об ан крови, об ан мочи, сахар крови
  - Группа крови Rh- фактор
  - Рентгенография гр. клетки (при наличии жалоб)

# общая предоперационная подготовка к плановой хирургической операции

## ЦЕЛЬ:

1. Исключить п/п к операции: исследовать жизненно важные органы и системы больного.
2. Психологическая подготовка.
3. Максимально подготовить системы организма, на которые вмешательство окажет наибольшую нагрузку во время операции и в послеоперационном периоде.



# **Выявление противопоказаний к операции**

## **1. Сбор анамнеза**

Выяснить и уточнить перенесенные заболевания, (гемофилией, сифилисом и др). У женщин - уточнить срок последней менструации, так как она оказывает большое влияние на жизнедеятельность организма

## **2. Исключить противопоказания к операции**

### **3. Общий осмотр:** осмотр кожи

При наличии мокнущей экземы, гнойничковых высыпаний, фурункулов или свежих следов указанных заболеваний операцию временно откладывают и больного направляют для поликлинического долечивания до полного излечения, ибо инфекция может проявить себя в месте оперативного вмешательства у ослабленного операционной травмой больного.

## **3. Проведение мероприятий, предупреждающих последующие осложнения**

## 4. Психологическая подготовка

### больного

- возможность спокойного общения с родными и сопровождающими во время и после поступления больного в хир.отд;
- Дs заболевания должен сообщать только лечащий врач;
- отношение медперсонала к больному максимально внимательное, вежливое, предупредительное;
- никаких фамильярностей в отношениях между персоналом в присутствии больного;
- медицинская документация хранится в недоступном для больного месте;
- максимум организованности и деловитости в работе медперсонала. Строгое соблюдение режимов;
- внешний вид работника напрямую работает на его авторитет и является зеркалом его профессиональной подготовки;

Пациенты угнетены, испытывают страх перед операцией и физической болью

## **стандарт общей подготовки к плановой операции (период предоперационной подготовки)**

1. Гигиена кожи: вечером накануне и утром перед операцией тщательно помыться (профилактика нагноения опер. раны)
2. Очистка кишечника: перед **небольшой операцией** вечером и утром накануне - очистительная клизма или вечером накануне операции принять слабительное (2 — 4 таблетки дульколакса или бисакодила перед сном).
  - перед **операцией под общим обезболиванием или наркозом**- с использованием препарата Фортранс. В 17.00 — 18.00 часов дня накануне операции следует прекратить прием пищи (порошок разводится в 3-х литрах чистой питьевой воды. Выпить в течение 3 — 4 часов. Кишечник промывается до чистой воды.
  - 3. После полуночи накануне операции и до ее начала нельзя ни есть и не пить;
4. За 30-40 минут до операции - премедикация по назначению

## **Подготовка ротовой полости**

Во всех случаях перед операцией больным требуется санация ротовой полости с привлечением стоматолога. Снятие съемных протезов непосредственно перед операцией

## **Подготовка желудочно-кишечного тракта**

Перед плановой операцией на органах брюшной полости больному ставят очистительную клизму вечером накануне операции. При подготовке больных к операции на толстом кишечнике его необходимо очистить (за 2 дня до операции дают 1-2 раза слабительное, за день до операции - жидкая пища и назначают 2 клизмы, утром в день операции делают еще одну клизму).



## Подготовка операционног о поля:

утром –  
бритье;

операционного  
поля с  
последующей  
обработкой кожи  
этиловым  
спиртом

- гигиеническая  
ванна или душ  
накануне

Операционное поле – это площадь кожи, которая будет подвергаться хирургическому вмешательству (рассечению) во время операции. Правильная подготовка операционного поля значительно снижает количество микроорганизмов, попадающих в операционную рану. Это важное звено в профилактике раневой инфекции состоит из:

- Механическая очистка.
- Обезжиривание (0,5% р-ром нашатырного спирта).

# Особенности подготовки больных пожилого и старческого возраста

Следует учитывать особенности организма пожилых людей:

- ослабленные защитные силы организма;
  - склонность к развитию гипостатических пневмоний;
  - склонность к тромбозам и тромбоэмболиям;
  - трудности контакта (тугоухость, слабое зрение, память;
  - как правило, избыточная масса тела
- 
- Обязательно ЭКГ и осмотр терапевта и др специалистов по сопутствующим заболеваниям;
  - Лечение сопутствующих заболеваний и компенсация функций внутренних органов и систем;

## Особенности подготовки детей

- обязательное взвешивание ребенка (приемный покой (дозировка анестетиков на кг веса));
- прекращение кормления за 4-5 часов до операции (голодание ребенка противопоказано);
- очищение кишечника с помощью клизм;
- при операции на желудке - промывание желудка;
- дети плохо переносят охлаждение;
- специфика в дозировке лекарств;
- сложный контакт с ребенком;
- особенности питания;
- тесный контакт хирурга с педиатром;
- операционное поле не бреется;
- очень важно присутствие матери у постели ребенка

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ  
ПЕРИОД

ЗАДАЧИ МЕДПЕРСОНАЛА

1. обеспечить уход за больным силами  
врача, медсестёр, санитаров



- обезболивание,
- обеспечение жизненно важных функций,
- перевязки,
- строгое выполнение врачебных назначений

2. вовремя оказать адекватную доврачебную помощь при возникших осложнениях. распознать послеоперационное осложнение;

# Особенности транспортировки больного из операционной в палату

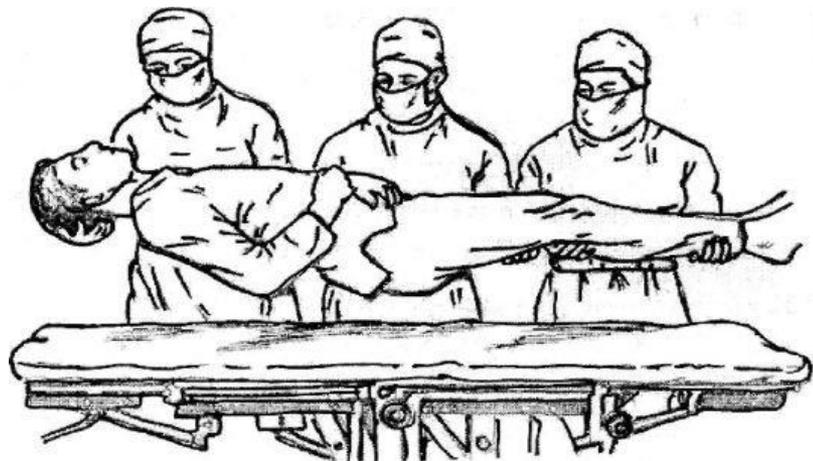
больной может быть вывезен из операционной при условии

1. Операция окончена
2. Стабилизации основных функциональных показателей:
  - **восстановленное самостоятельное дыхание,**
  - **восстановление сознания**
  - **нормализация сердечнососудистой деятельности**
3. Наложена стерильная повязка на операционную рану

# Транспортировка больного из операционной в

под руководством врача-анестезиолога (сестры-анестезиста) (перекладывают с операционного стола на носилки-каталку, укрывают простыней, одеялом

После небольших операций (под местной анестезией) медицинский персонал хирургического отделения под руководством постовой сестры



Больного поднимают на руках и перекладывают не менее 3 чел. по команде одновременно, чтобы не смещались продольная и боковые оси туловища, головы и конечностей.

Во время транспортировки допустима внутривенная инфузионная терапия, но в большинстве случаев при перевозке система для внутривенного капельного введения раствора **перекрывается**

М.б. нарушение дыхания при транспортировке (иметь с собой ручной дыхательный аппарат или мешок Амбу).

неосторожное обращение может привести

- к выпадению дренажей,
- снятию послеоперационной повязки,
- случайному удалению эндотрахеальной трубки



**ИСКЛЮЧИТЬ** при транспортировке больного из операционной в палату

- травматизацию,
- Охлаждение,
- резкое изменение положения тела больного,
- усиление боли в области операционной раны (при перекладывании),
- ортостатического снижения АД и венозного давления,
- ухудшения дыхания — так называемой постуральной реакции

- следить за:  
состоянием больного,
- операционной раны,
- дренажей и внутривенного катетера с инфузионной системой.



Если больной перенес сложную операцию и предполагается поместить его в специально выделенную небольшую палату

максимум на 2 —  
3 чел

Старшая сестра  
отделения в таких  
случаях организует  
индивидуальный пост  
медицинской сестры,  
реже — санитарки  
круглосуточно или  
только на ночь.





## Подготовка палаты и постели для больного после операции под общей анестезией

- палата отделения реанимации и интенсивной терапии
- палата хир. отделения для наблюдения за больными, проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии

- аппаратура для ИВЛ,
- стерильные наборы для венесекции и трахеостомии,
- аппарат для дефибрилляции сердца,
- стерильные катетеры, зонды,
- оснащенный инструментально-материальный стол

имеются

- экспресс-лаборатория,
- Контрольно-диагностическая аппаратура
- лечебные ср-ва: набор лекарств. препаратов и трансфузионных средств
- централизованная подача кислорода,

# Подготовка палаты и постели для больного после **небольших операций (под местной анестезией)**

## **в общую (послеоперационную) палату хирургического отделения**

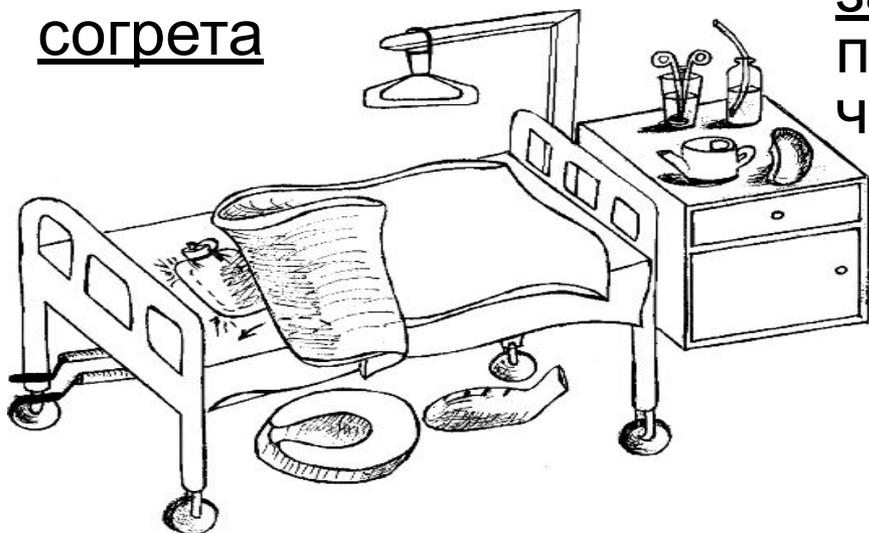
Требования к палате:

- убрана, проветрена,
  - лишена яркого света и звуковых раздражителей
- кровать функциональная подход со всех сторон)

заправлена чистым бельем без складок, согрета



застелена (простынь, клеенка, простынь. Укрывают больного чистой простыней, одеялом



На прикроватном столике и у кровати больного д. б. средства ухода (надувной резиновый круг, поильник, мочеприемник, лоток, полотенце, стерильный желудочный зонд и др.)

Сразу после операции на область операционной раны положить на 15 минут **резиновый пузырь со льдом**, обернутые чистым полотенцем или пленкой (для гемостаза, уменьшения боли, замедления обмена веществ, следить, чтобы пузырь не подтекал - нарушает асептичность)



Тяжелому больному положить под крестцовую область **резиновый круг**, обернутый простыней (профилактика пролежней).  
Используя **грелки для согревания** больного помнить, что после наркоза чувствительность тканей больного понижена и горячие грелки могут вызвать ожоги.

Больной в посленаркозном периоде вплоть до полного пробуждения должен находиться под постоянным наблюдением медперсонала, так как в первые часы после хирургической операции наиболее вероятны

***осложнения, связанные с наркозом:***

1. Западение языка
2. Рвота.
3. Нарушение терморегуляции.
4. Нарушение сердечного ритма
5. Остановка дыхания



# ***осложнения, связанные с наркозом*** (продолжение)

## ***Западение языка***

У находящегося ещё в наркотическом сне больного мышцы лица, языка и тела расслаблены.

Расслабленный язык может сместиться вниз и закрыть просвет дыхательных путей.

своевременное восстановление проходимости дыхательных путей с помощью введения воздуховодной трубки, или же при помощи запрокидывания головы и выведения нижней челюсти

пациент после наркоза должен постоянно находиться под наблюдением дежурного медперсонала вплоть до полного пробуждения

# **осложнения, связанные с наркозом**

(продолжение)

**Рвота в посленаркозном периоде** может привести к

- регургитации,
- аспирации рвотных масс
- смерти от асфиксии

Помощь при рвоте:

у больного **в бессознательном состоянии** необходимо его голову повернуть набок и очистить полость рта от 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.

у больного в сознании, необходимо помочь ему, подав тазик, поддержать над тазиком его голову.

При повторной рвоте рекомендуется ввести больному церукал (метоклопрамид)

## **осложнения, связанные с наркозом** (продолжение)

**Нарушение ритма сердечной деятельности и дыхания** вплоть до их остановки

наступает чаще у пожилых людей и детей грудного возраста. Возможна остановка дыхания также вследствие рекураризации – повторного позднего расслабления дыхательных мышц после проведения миорелаксации при эндотрахеальном наркозе.

**быть готовым к проведению реанимационных мероприятий и иметь наготове дыхательную аппаратуру.**

# *Нарушение терморегуляции*

Резкое повышение или снижение температуры тела, сильный озноб.

- При необходимости требуется накрыть больного, или же наоборот, создать условия для улучшенного охлаждения его тела.
- в/м анальгин с папаверином и димедролом.
- используют физическое охлаждение тела растиранием спиртом.
- При прогрессировании гипертермии внутримышечно вводят ганглиоблокаторы (пентамин, или бензогексоний)
- При значительном снижении температуры тела (ниже 36,0 – 35,5 град) можно применить согревание тела и конечностей больного тёплыми грелками.

# Уход за ранами



## **Факторы, способствующие заживлению ран:**

- общее состояние организма;
- состояние питания организма;
- возраст;
- гормональный фон;
- развитие раневой инфекции;
- состояние кислородного обеспечения;
- обезвоживание

# Рана (vulnus)

механическое повреждение тканей или органов, сопровождающееся нарушением целостности их покровов либо слизистой оболочки



# Классификация ран



1. По характеру повреждения тканей:
2. По причине повреждения - операционные (преднамеренные) и случайные.
3. По инфицированности асептические, свежеинфицированные и гнойные

4. По отношению к полостям тела (проникающие в полости с повреждением оболочек (мозговых, плевры, брюшины, синовиальной оболочки и сумки суставов).
5. простые и осложненные раны (имеется какое-либо дополнительное повреждение тканей (отравление, ожог) или сочетание ранений мягких тканей с повреждением кости, полых органов

# По характеру повреждения тканей:

## Виды ран:

В зависимости от действия различных факторов раны бывают

- **Колотые** (штыком, иглой и т.п.).
- **Резаные** (ножом, стеклом и т.п.).
- **Рубленые** (топором, шашкой и т.п.).
- **Рваные или ушибленные** (следствие воздействия относительно острого твердого предмета).
- **Укушенные** (нанесены зубами животного или человека).
- **Сочетанные** (колоторезанные, рубленорваные).
- **Огнестрельные** (пулями, осколками и т.п.).
- **Отравленные** (раны, в которые попадает яд).

**Все раны делятся по способу возникновения:**

**резанные -**

нанесенные острым предметом (ножом, стеклом, льдом, бумагой), имеют ровные края



Резанная рана

Зияние раны позволяет произвести осмотр поврежденных тканей и создает хорошие условия для оттока отделяемого

- наиболее благоприятные условия для заживления
- обрабатывая любые свежие раны, их стремятся превратить в резанные раны



# благоприятные условия для развития гнойных осложнений

- малое количество симптомов
- отделяемое раны является хорошей питательной средой
- в глубину тканей вносятся микроорганизмы

## Колотая



## Особенности ран (продолжение)

**Рубленые раны** характерны глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб и сотрясение окружающих тканей, снижающее их сопротивляемость и регенеративные способности



# огнестрельная

**элементы огнестрельной раны:**

- **зона раневого канала** - зона непосредственного воздействия травмирующего снаряда;
- **зона ушиба** - зона первичного травматического некроза;
- **зона молекулярного сотрясения** - зона вторичного некроза;



- высокая степень инфицирования
- разнообразие: сквозные, слепые, касательные)



**Скальпированные раны** касательные по отношению к поверхности тела, нанесенные острым режущим предметом. Если при этом лоскут остается на ножке - то такая рана называется **лоскутной**.



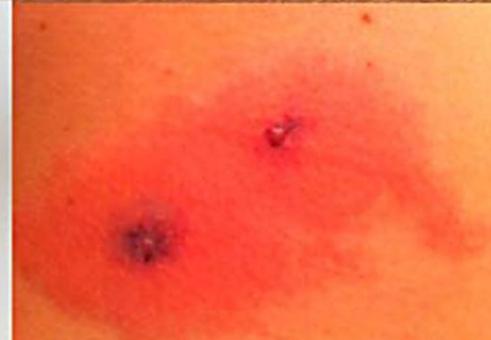
# Укушенная рана



Укушенные раны могут быть заражены вирусом бешенства

характеризуются тяжелой инфицированностью вирулентной флорой рта человека или животного (осложняется развитием острой инфекции).

**Отравленные раны** - это такие раны, в которые попадает яд (при укусе змеи, скорпиона, проникновении отравляющих веществ)



# Укушенные - отравленные раны



рана относится к категории рваных ран, с обширным травмированием подлежащих мягких тканей, но главное отличие - она отличается массивным инфицированием (инфекция ротовой полости у всех организмов злая)



## ***Ушибленные и рваные раны (размозженные)***

являются следствием воздействия тупого предмета. Они характеризуются большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей с нарушением их жизнеспособности.

В ушибленных ранах создаются благоприятные условия для развития инфекции.



# Основные признаки раны

- боль;
- кровотечение;
- зияние;
- нарушение целостности тканей;
- нарушение функций.

*Выраженность признаков зависит от характера ранения, объема поврежденных тканей, особенностей иннервации и кровоснабжения зоны раневого канала, возможностью повреждения жизненно важных органов*

*Элементами любой раны являются:*  
раневая полость (раневого канал)  
стенки  
дно раны

Раневая полость (*cavum vulnerale*) — это пространство, ограниченное стенками и дном раны. Если глубина раневой полости значительно превосходит ее поперечные размеры, то ее называют раневым каналом (*canalis vulneralis*).

# Течение раневого процесса

В любой ране имеются

- погибающие ткани,
- крово- и лимфоизлияния,
- микробы.

Развитие изменений в ране определяется происходящими в ней процессами и общей реакцией организма.

Этапы раневого процесса:

- I воспаление,
- II регенерация,
- III эпителизация

эпителизация



II.



III.





# Первичная хирургическая обработка ран (ПХО)

## Этапы

1. Осмотр раны, туалет кожных краев, их обработка антисептиком (настойка йода 5%, не допускать попадания в рану);

Проводится, как правило, под местной анестезией.



В комплекс лечебных мероприятий включают средства, действующие **местно на рану, и общие, действующие на весь организм.**





**!! НЕЛЬЗЯ !!**



**Саму рану нельзя промывать водой, спиртом, йодом, засыпать порошками, смазывать чем-либо, а также накладывать непосредственно на нее вату.**

## Этапы перевязки раны:

1. Снятие старой повязки;
2. Осмотр раны и окружающей области;
3. Туалет кожи, окружающей рану;
4. Туалет раны;
5. Манипуляции в ране и подготовка ее к наложению новой повязки;
6. Наложение новой повязки;
7. Фиксация повязки



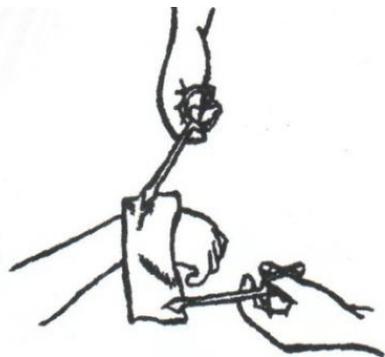
# Алгоритм перевязки чистой раны

Оснащение: пинцеты хирургический и анатомический, корнцанг, ножницы, растворы антисептиков, перевязочный материал.

- Снимают фиксирующий материал (бинтовую повязку разрезают ножницами).
- Снятие слоев повязки вдоль раны.
- Осматривают рану и края вокруг нее (отек, гиперемия).
- Пальпация прилегающих мягких тканей.
- Обработка краев раны антисептиком (спирт 70%, хлоргексидин 0,5% спиртовой раствор).
- Обработка швов 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина.
- Наложение на рану не менее 3-х слоев перевязочного материала.
- Фиксация перевязочного материала (бинтовая повязка, клеол, лейкопластырь).



Подача тампона.



Инструментальная перевязка раны.



# Алгоритм перевязки гнойной раны

Оснащение: пинцеты хирургический и анатомический, кровоостанавливающие зажимы (1 – 2), корнцанг, ножницы, зонды пуговчатый, желобоватый, дренажные трубки, растворы антисептиков, перевязочный материал

- Снимают фиксирующий материал (бинтовую повязку разрезают ножницами).
- Снятие слоев повязки вдоль раны.
- Обработка краев раны антисептиком (спирт 70%, хлоргексидин 0,5% спиртовой р-р).
- Обработка раны 3% раствором перекиси водорода
- Обсушивание раны стерильным перевязочным материалом.



Дренирование полости гнойной раны (марлевый дренаж, смоченный 10% раствором натрия хлорида, или трубчатые дренажи).

Наложение стерильной повязки с гипертоническим раствором  
Фиксация перевязочного материала



## СНЯТИЕ ШВОВ

Показанием к снятию швов является заживление раны.



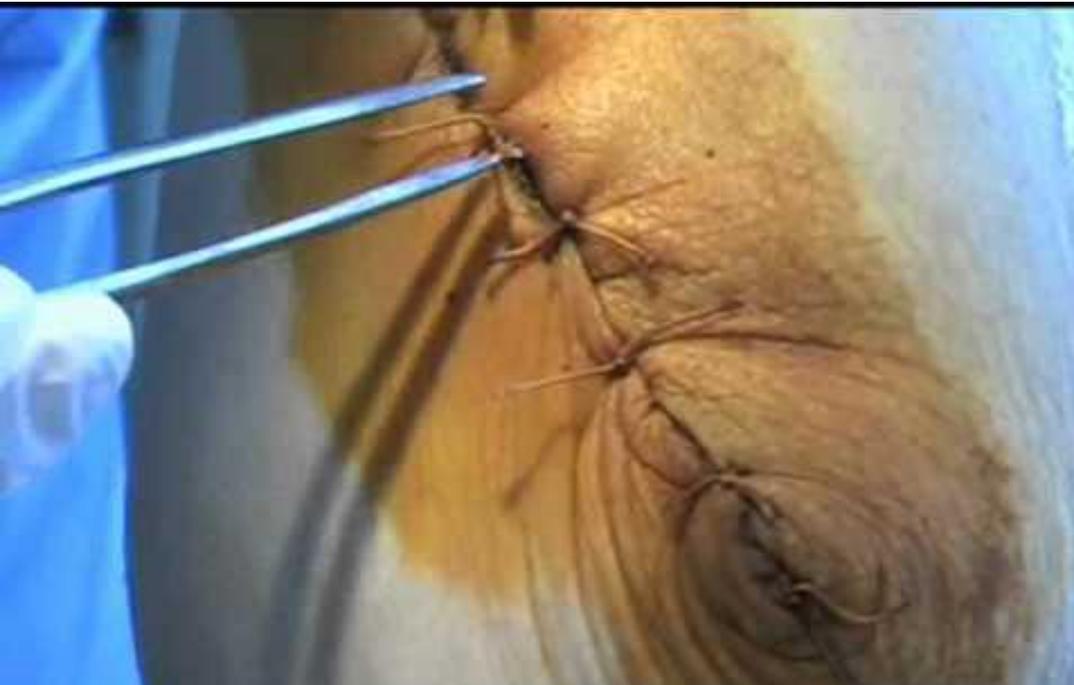
**Техника снятия швов** не представляет особой сложности, но требует от медицинской сестры внимательности, ловкости и соблюдения всех правил асептики и антисептики.

При обширной ране сначала снимаются швы **через один**, а на **следующий день удаляются остальные**. Главное для медицинской сестры — следить, чтобы в **коже пациента не осталось шовного материала**



## Оснащение для снятия швов

- Стерильные перчатки, маска.
- Стерильный почкообразный лоток.
- Вспомогательный почкообразный лоток.
- Лоток для отработанного материала.
- Стерильные марлевые салфетки.
- Тупферы.
- Анатомические пинцеты.
- Острые стерильные хирургические ножницы.



- Спирт 70%-ный.
- Йодонат или йодопирон.
- Клеол или лейкопластырь.
- Емкости с дезраствором

## Подготовка к снятию швов

Накануне информируем пациента о предстоящей манипуляции и ее необходимости. Доступно объясняем суть процедуры, создаем у пациента положительную настроенность, стремление к выздоровлению.



- Перед процедурой проводим контроль стерильности материалов и инструментов.
- Моем руки и надеваем стерильные перчатки.
- На стерильный лоток укладываем стерильный материал и инструментарий.
- Во вспомогательном лотке располагаем клеол, лейкопластырь, при необходимости — бинт.
- Лоток для отработанного материала ставим поблизости от места, где будем производить манипуляцию

## СНЯТИЕ ШВОВ

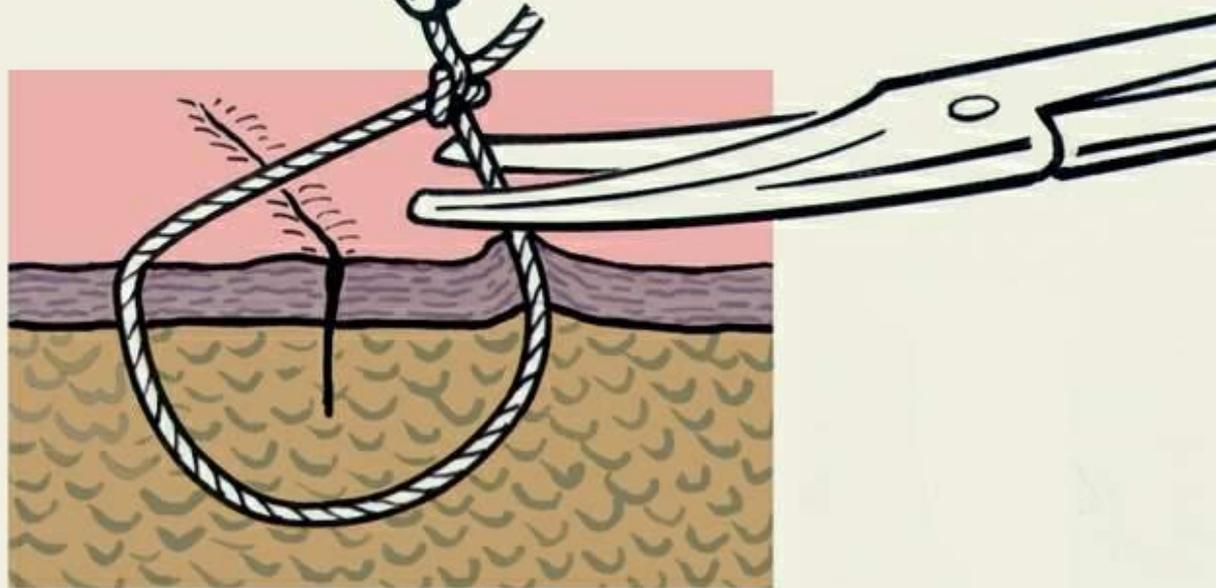
- Снимаем повязку поверх шва, сбрасываем ее в приготовленный лоток.
- Осматриваем рану и считаем количество швов, которые нужно снять.
- Раствором йодоната, йодопирона или 70%-ного спирта обрабатываем рану с помощью салфеток либо тупферов промокательными движениями. перевязочный материал меняем на стерильный по мере обработки раны. Обработку проводим дважды — вначале широко, затем узко.



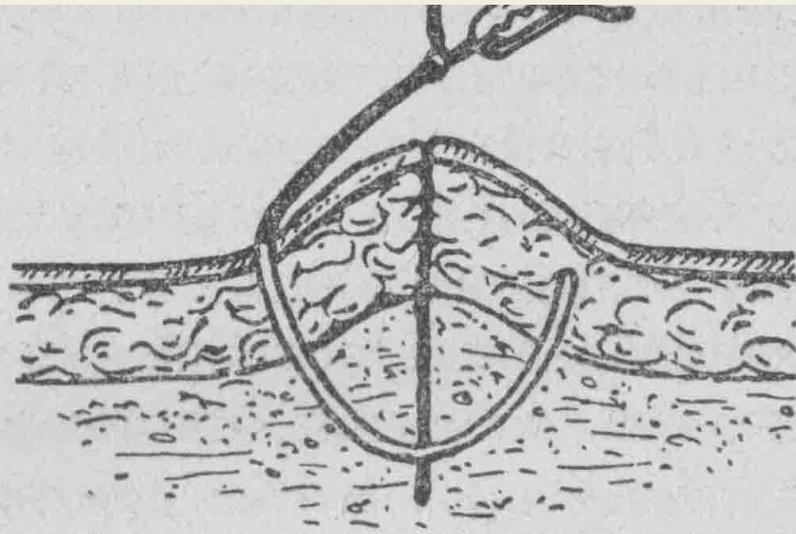
# СНЯТИЕ ШВОВ

(продолжение)

Анатомическим  
пинцетом  
захватываем  
узел шва и  
слегка  
приподнимаем  
его.



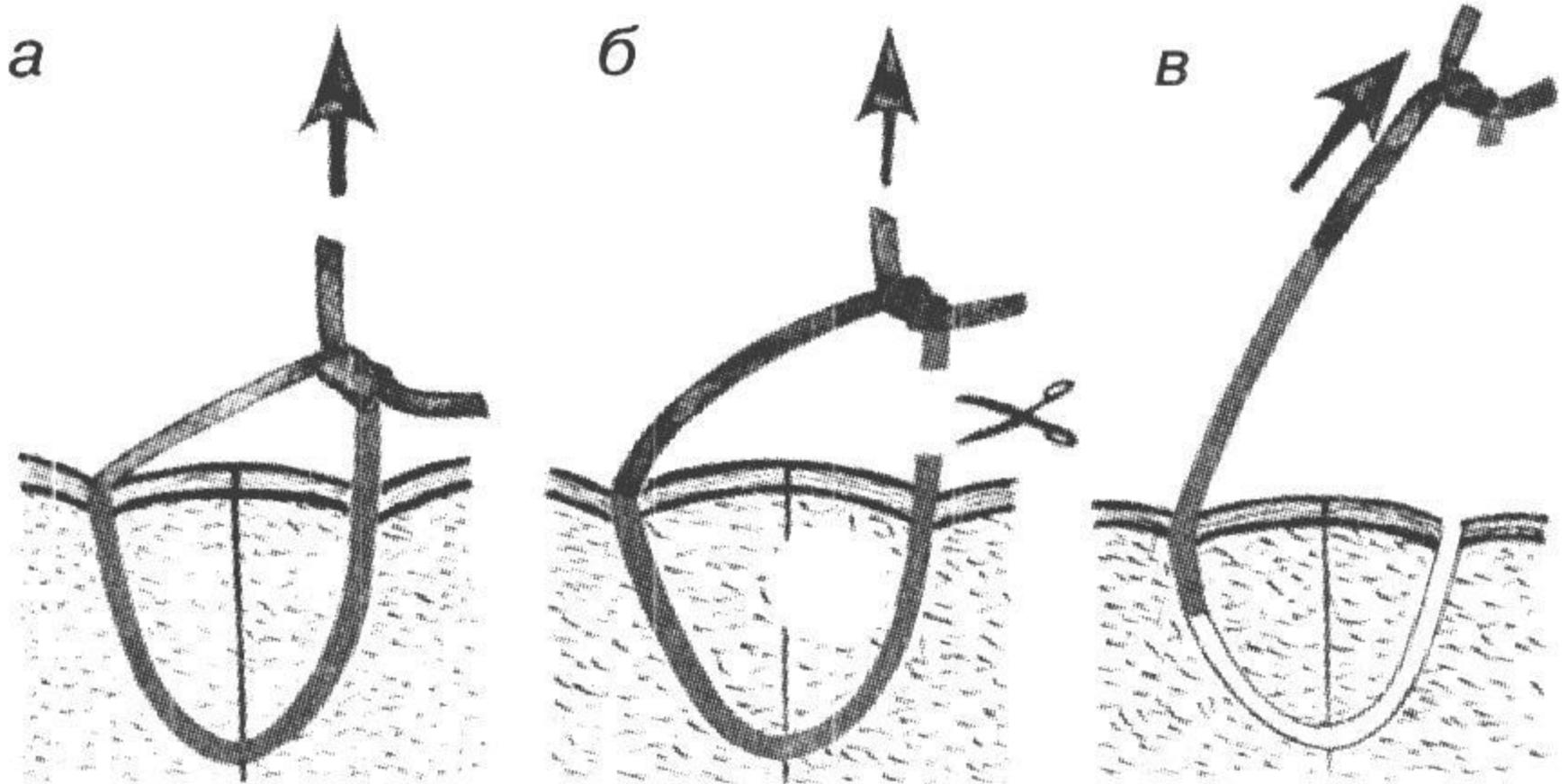
а



б

Снятие швов.

а — подтягивание и пересечение нити; б — извлечение нити.



После появления над поверхностью кожи 2-3 мм нити белого цвета подводим под нее острую браншу ножниц и пересекаем.

Подсчитываем количество удаленных нитей на салфетке  
Вносим запись в историю болезни

Спасибо за внимание!

