



Лекция

*Методика обследования
хирургических больных. Операция,
предоперационный и
послеоперационный период*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

- — *выполнение специального механического воздействия на органы или ткани с лечебной или диагностической целью.*

этапы лечения хирургического больного:

- *предоперационная подготовка,*
- *хирургическая операция,*
- *лечение в послеоперационном периоде.*

Предоперационный период

- *— время с момента постановки диагноза, требующего операции, и принятия решения о выполнении оперативного вмешательства до начала операции.*

Этапы предоперационного периода:

- *Диагностический*
- *Подготовительный.*

- *ЦЕЛЬ — снижение риска развития осложнений во время и после операции.*
- *ЗАДАЧИ: - установить диагноз, срочность выполнения и характер операции, подготовить больного.*

Этапы предоперационного периода

Диагностический этап

Подготовительный этап

1. Уточнение
осноного
диагноза

2. Выявление
сопутствующих
заболеваний

1. Психологическая
подготовка

2. Общесоматическая
подготовка

3. Специальная
подготовка

Непосредственная
подготовка



Сестринский процесс при подготовке больных к операции

Организационная структура сестринского процесса:

1. Сестринское обследование пациента
2. Диагностирование его состояния (определение потребностей и выявление проблем)
3. Планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем),
4. Выполнение плана необходимых сестринских вмешательств
5. Оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости

Сестринский процесс при подготовке больных к операции

■ Основные задачи :

- А) Обследование пациента с целью идентификации факторов, способных повлиять на течение операции и послеоперационного периода;
- Б) Психологическую и физиологическую подготовку пациента для предстоящей хирургической травмы с целью уменьшения возможных негативных последствий вмешательства и ускорения выздоровления.

Основные жалобы:

Жалобы на боли:

- локализация боли;
- иррадиация (место отражения боли);
- время появления (днём, ночью);
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные);
- интенсивность (сильная, слабая, мешает или не мешает сну, работе);
- характер (ноющая, колющая, режущая, тупая, острая, пульсирующая и т.д.);
- причина, вызывающая боль (определённое положение тела, движение, дыхание, приём пищи, нервное состояние и т.д.);
- сопутствующие боли явления (сердцебиение, тошнота, рвота, ощущение нехватки воздуха и т.д.);

Жалобы, связанные с нарушением функций органов имеют особенности, обусловленные характером самого поражённого органа или системы

Жалобы общего характера

- слабость;
- недомогание;
- повышенная утомляемость;
- плохой аппетит;
- плохой сон;
- похудание;
- головная боль;
- снижение работоспособности.

Anamnesis morbi

- ***Начало заболевания:*** когда и как началось заболевание (постепенно, внезапно), первые его проявления, предполагаемая причина развития (переутомление, погрешности в диете, влияние профессиональных, бытовых, климатических факторов).
- ***Течение заболевания:*** последовательность развития отдельных симптомов, периоды обострения и ремиссии.
- ***Результаты проведённых ранее исследований:*** лабораторные, инструментальные.
- ***Способы лечения, применявшиеся ранее:*** медикаментозные, хирургические, физиотерапевтические и др., оценка их эффективности.
- ***Непосредственная причина данной госпитализации:*** ухудшение состояния, безуспешность предыдущего лечения, уточнение диагноза, плановая терапия, поступление в экстренном порядке.

Хирургический и анестезиологический анамнез

- 1. Определение наличия в анамнезе хирургических вмешательств* (причина хирургических вмешательств, были ли осложнения,какого характера и с чем связанные)
- 2.Семейный анамнез хирургических осложнений* (генетически обусловленная гипертермическая реакция на лекарственные препараты)
- 3.Лекарственный анамнез* (Сбор информации о препаратах принимаемых пациентом на постоянной основе)
- 4.Преморбидный статус* (наличие хронических заболеваний может потребовать дообследований)

Anamnesis vitae

- краткие биографические данные
- характер роста и развития больного
- условия быта и труда, питания.
- перенесённые заболевания
- данные о наследственности
- у женщин - гинекологический анамнез.
- аллергологический анамнез: как больной переносил в прошлом лечение антибактериальными препаратами (в первую очередь антибиотиками), проводилось ли ранее переливание крови и кровезамещающих жидкостей, какова была реакция на них больного.
- наличие вредных привычек, профессиональных вредностей.

Психоэмоциональное обследование

Задача медсестры - определение связанных с операцией ощущений, эмоций, поведения пациента, которые могут помочь или препятствовать в операционном периоде.

- Общее восприятие пациентом хирургического вмешательства
- Мысли и чувства
- Внимание и концентрация
- Отношение и мотивация
- Уровень тревожности и определенные страхи
- Самооценка
- Поддержка близких
- Психологические качества и способность справляться с ситуацией

Осмотр

Общий осмотр больного;

Локальный осмотр:

- Характер патологического процесса (припухлость, рана, выпячивание, новообразование, деформация, язва);
- Локализация;
- Размеры, цвет кожных покровов в данной области и выраженность сосудистого рисунка;



Пальпация

При пальпации патологического очага:

-болезненность,

- местную температуру,
- точку максимальной болезненности,
- пульсацию магистральных артерий и регионарные лимфатические узлы,
- выявить хруст, треск или крепитацию, объём пассивных движений.
- При изучении образования дополнительно необходимо оценить его размеры, консистенцию (мягко-эластическая, плотно-эластическая, каменной плотности), подвижность по отношению к коже и подлежащим тканям, характер поверхности (гладкая, бугристая).

При пальпации живота определяют наличие болезненности и рефлекторного напряжения мышц брюшной стенки, опухолевидных образований. Специальные болевые симптомы (Щёткина—Блумберга).



Перкуссия

Метод позволяет определить:

- границы органов;
- свободный газ в брюшной полости при прободении полых органов (тимпанит в области расположения печени — симптом отсутствия печёночной тупости);
- жидкость в плевральной полости - определяется косая линия (линия Дамуазо) с наивысшей точкой по задней подмышечной линии;
- Скопление жидкости в брюшной полости;
- наличие опухолей, кист, свободной жидкости, воспалительных инфильтратов и других патологических образований, их размеры.



Аускультация

информативно выслушивание при:

- заболеваниях сердца
- Лёгких
- брюшной полости при подозрении на перитонит (наличие и характер перистальтических шумов)
- при аневризмах и стенозировании артерий (наличие систолического шума) и т.д.



- **Назначая больному специальные методы обследования, следует руководствоваться принципами:**
- инструментальное исследование не должно быть **опаснее** болезни;
- следует учитывать **противопоказания** к тем или иным инструментальным методам исследования;
- предпочтение следует отдавать более **безопасным методам** (без ущерба для диагностики).

Последовательность применения диагностических методов

- Применяя различные специальные методы, врач должен чётко соблюдать принцип: **от простого — к сложному, от неинвазивных методов — к инвазивным.**
- **Инвазивными** называют методы исследования, при выполнении которых происходит нарушение целостности покровных тканей.
- К инвазивным методам исследования относят ангиографию, биопсию, диагностические пункции, лапароскопию, торакоскопию и др.

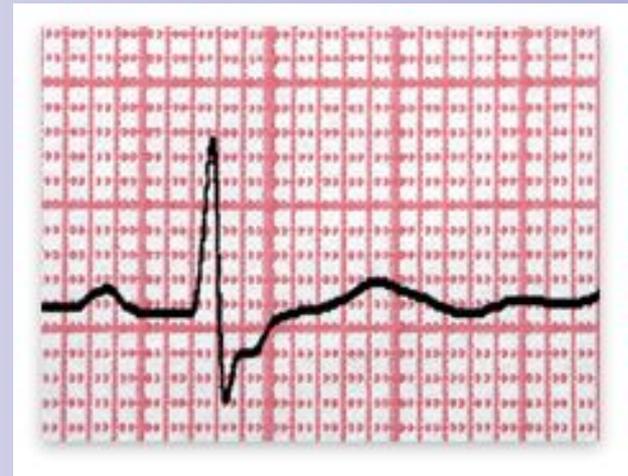
Лабораторные методы

- *клинические анализы*
- *биохимические анализы*
- *цитологическое исследование*
- *гистологическое исследование*
- *бактериологическое исследование*
- *серологические и иммунологические методы*



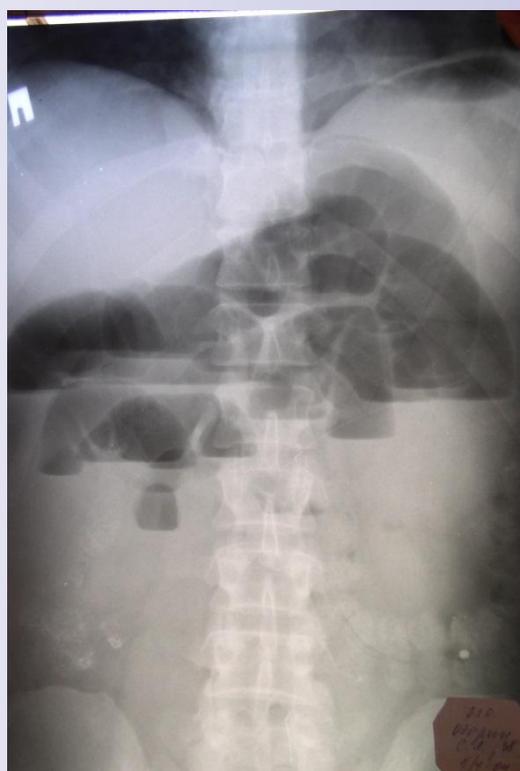
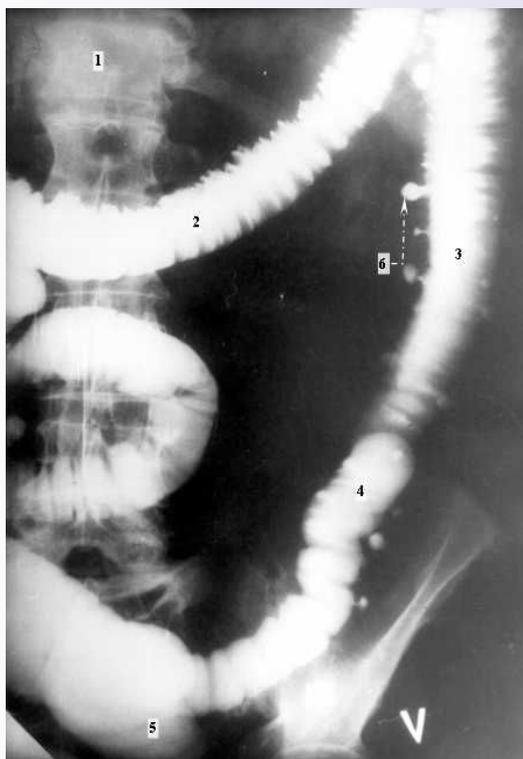
Электрофизиологические методы

- К электрофизиологическим методам относят диагностические способы, основанные на регистрации импульсов от внутренних органов:
- ЭКГ
- Фонокардиография
- Фоноангиография
- Реография
- Миогастрография
- электроэнцефалография и пр.





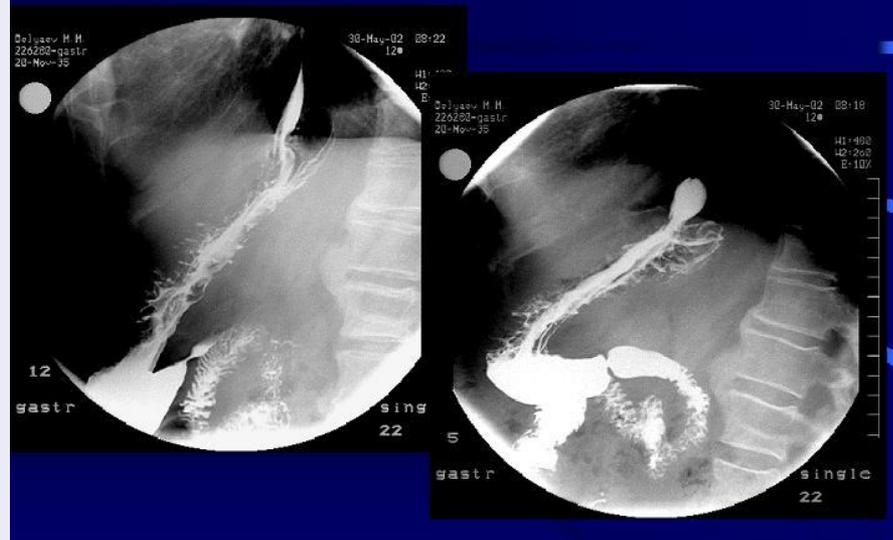
Рентгено- графия



Рентгеноскопия

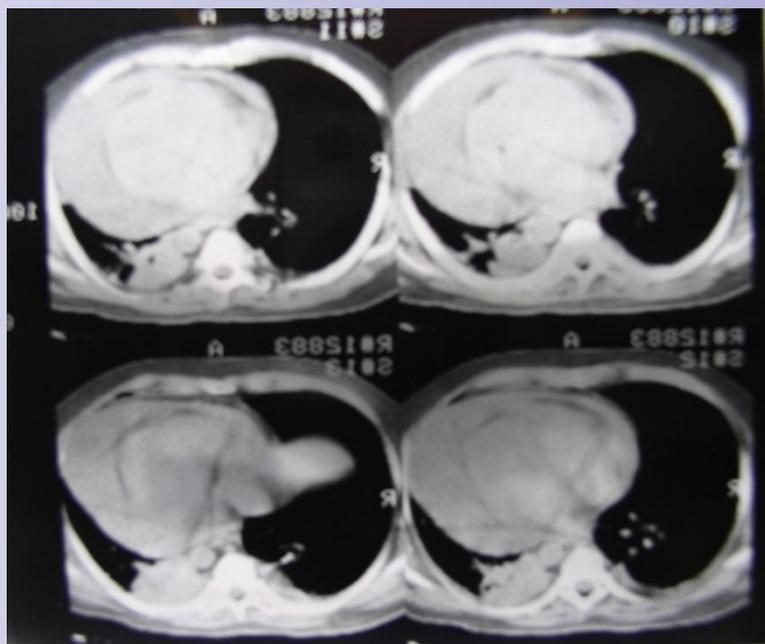


Рентгеноскопия желудка от 30-05-02 г.



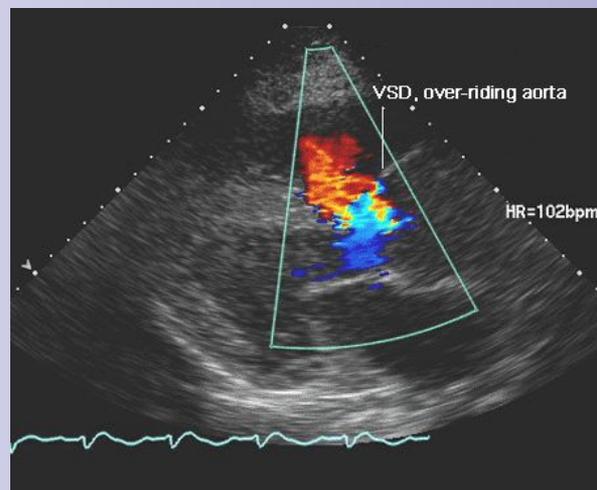
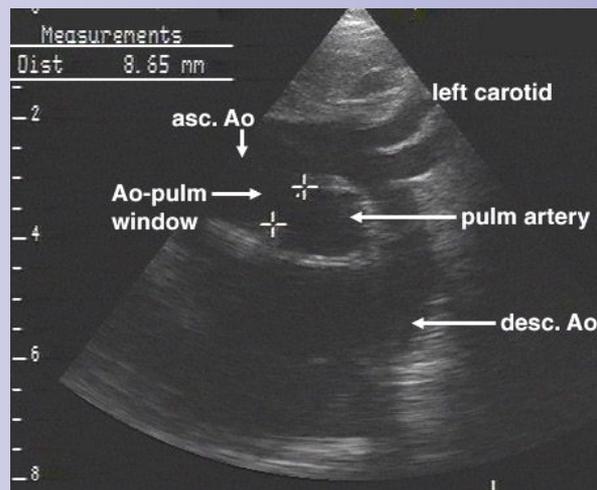
Компьютерная томография

- Компьютерные томографы - рентгенодиагностические установки, получающие томографические срезы любой части тела.
- Метод основан на выявлении и компьютерном построении изображения степени поглощения рентгеновских лучей в органах при наличии в них анатомических изменений.



Ультразвуковое исследование

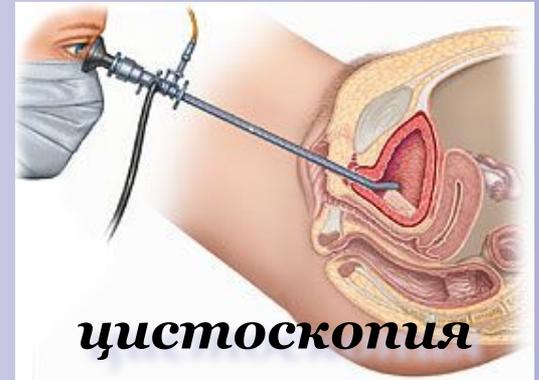
- **УЗИ (эхоскопия)** — исследование органов и тканей с помощью ультразвуковых волн.
- Особенность ультразвуковых волн — способность отражаться от границ сред, отличающихся друг от друга по плотности.
- Исследование проводят с помощью специальных приборов — **ЭХОСКОПОВ**, излучающих и одновременно улавливающих ультразвуковые волны.



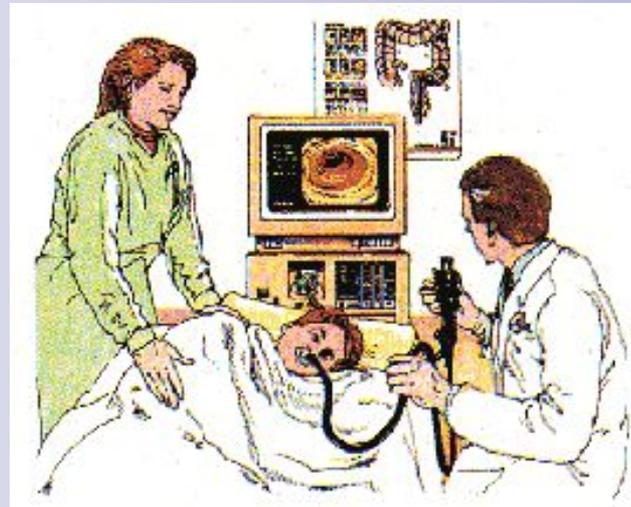
Эндоскопические методы



- Жесткая (система линз)

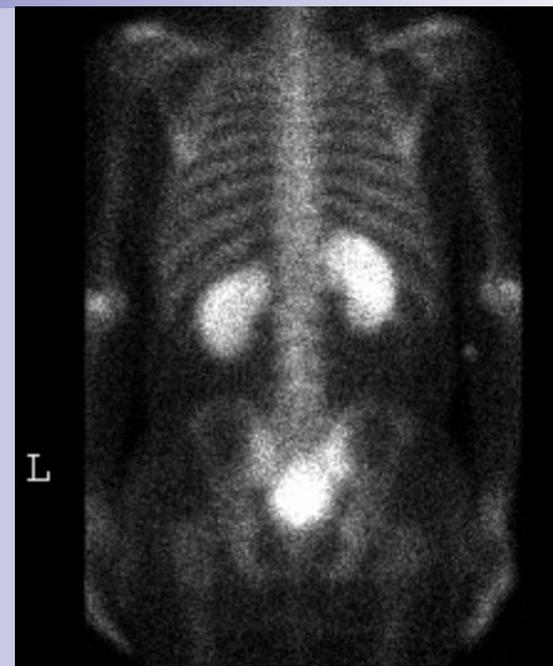


- Гибкая (фиброволоконная оптика)

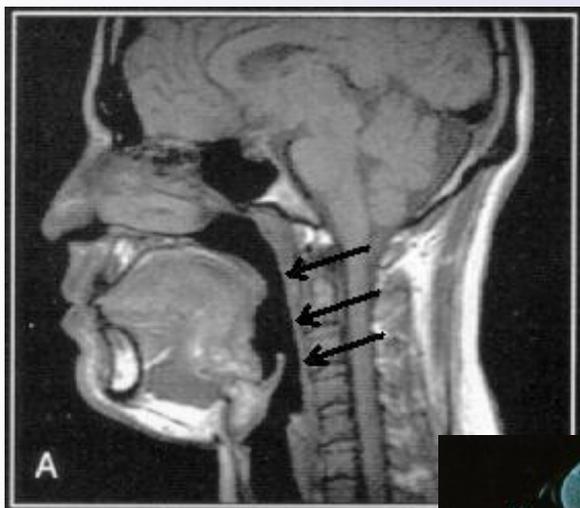


Радиоизотопное исследование

- основано на избирательном поглощении некоторых радиоактивных веществ определёнными тканями.
- Выяснение пространственного распределения радиоактивного изотопа в органе получило название сцинтиграфии, или сканирования.



Магнитно-резонансная томография



Стандартный минимум обследования перед операцией:

- **клинический анализ крови;**
- **биохимический анализ крови (содержание общего белка, билирубина, активность трансаминаз, концентрация креатинина, сахара);**
- **время свёртывания крови;**
- **группа крови и резус-фактор;**
- **общий анализ мочи;**
- **флюорография органов грудной клетки (давность не более 1 года);**
- **заключение стоматолога о санации ротовой полости;**
- **ЭКГ;**
- **осмотр терапевта;**
- **для женщин — осмотр гинеколога.**

Этапы предоперационного периода

```
graph TD; A[Этапы предоперационного периода] --> B[Диагностический этап]; A --> C[Подготовительный этап]; B --> D[1. Уточнение основного диагноза]; B --> E[2. Выявление сопутствующих заболеваний]; D --> F[1. Психологическая подготовка]; D --> G[2. Общесоматическая подготовка]; D --> H[3. Специальная подготовка]; D --> I[Непосредственная подготовка]; E --> F; E --> G; E --> H; E --> I; C --> F; C --> G; C --> H; C --> I;
```

Диагностический этап

Подготовительный этап

1. Уточнение
основного
диагноза

2. Выявление
сопутствующих
заболеваний

1. Психологическая
подготовка

2. Общесоматическая
подготовка

3. Специальная
подготовка

Непосредственная
подготовка

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА

Основная задача м/с минимизировать проявление тревоги у пациента, путем создания для него приемлемой психотерапевтической среды

1. Информировать пациента о том, что должно произойти;
2. Эмоционально поддерживать пациента, поощрять в нем чувство причастности к собственной судьбе.

- Проводиться в виде беседы или иным способом.
- Пациент в письменном виде даёт согласие на операцию.
- Если больной без сознания, согласие на операцию должны дать родственники, а в случае их отсутствия вопрос решает консилиум в составе двух и более врачей.

Обучение пациента в дооперационном периоде

- 1. Информирование пациента о предстоящем вмешательстве и наши ожидания объема его участия в процессе выздоровления.
- 2. Знакомство с медперсоналом, экскурсия на отделение помогут пациенту подготовиться к операции.
- 3. Обучение правильному дыханию в послеоперационном периоде.

Соматическая подготовка

- *улучшение сосудистой деятельности, коррекция нарушений микроциркуляции с помощью сердечно-сосудистых средств, препаратов, улучшающих микроциркуляцию;*
- *борьба с дыхательной недостаточностью (оксигенотерапия, нормализация кровообращения, в крайних случаях — управляемая вентиляция лёгких);*
- *дезинтоксикационная терапия — введение жидкости, кровезамещающих растворов дезинтоксикационного действия, форсированный диурез, применение специальных методов детоксикации — гемосорбции, лимфосорбции, плазмафереза;*
- *коррекция нарушений в системе гемостаза;*
- *антибиотикопрофилактика.*

Непосредственная подготовка больного к операции

**Особенности при
плановой**

Общие принципы

**Особенности при
экстренной**

**Полная санитарно-
гигиеническая
обработка**

**Предварительная
подготовка
операционного поля**

**Сухое бритьё
волосяного покрова**

**Голод за 12 часов до
операции**

«Пустой желудок»

**Зондирование желудка
по показаниям**

Очистительная клизма

**Опорожнение
кишечника**

Не производится

**Самостоятельное
мочеиспускание**

**Опорожнение мочевого
пузыря**

**Катетеризация
мочевого пузыря по
показаниям**

**Различные средства по
определённой схеме**

Премедикация

**Атропин и
наркотический
анальгетик**

Показания к операции

Жизненные показания:

- Асфиксия
- Продолжающееся кровотечение.
- Острые заболевания органов брюшной полости воспалительного характера.
- Гнойно-воспалительные заболевания

Абсолютные показания:

- злокачественные новообразования;
- стеноз пищевода, выходного отдела желудка;
- механическая желтуха и др.

Относительные показания к операции включают две группы заболеваний:

- Заболевания, которые могут быть излечены только хирургическим методом, но не угрожающие непосредственно жизни больного;
- Заболевания, лечение которых можно осуществлять как хирургически, так и консервативно.

Противопоказания к операции

Абсолютные противопоказания:

- Острая сердечная, дыхательная и сосудистая недостаточность (шок),
- инфаркт миокарда,
- инсульт,
- печёночно-почечная недостаточность,
- тромбоэмболическая болезнь,
- тяжёлые нарушения обмена веществ (декомпенсация сахарного диабета, прекома, кома),
- тяжёлая анемия,
- выраженная кахексия.

Относительные противопоказания:

- **Со стороны сердечно - сосудистой системы: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, аритмии, варикозное расширение вен, тромбозы.**
- **Дыхательная система: курение, бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема лёгких.**
- **Почки: хронические пиелонефрит и гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, особенно с выраженным снижением клубочковой фильтрации.**
- **Печень: острый и хронический гепатиты, цирроз печени, печёночная недостаточность.**
- **Система крови: анемия, лейкозы, изменения со стороны свёртывающей системы.**
- **Ожирение.**
- **Сахарный диабет.**

Основные виды хирургических вмешательств

Классификация по срочности выполнения:

- ***экстренные*** - выполняемые в течение 2 часов с момента поступления больного в стационар.
- ***плановые*** - операции, от времени выполнения которых исход лечения практически не зависит.
- ***срочные операции*** - выполняют через 1—7 сут. с момента поступления больного или постановки диагноза заболевания.

Классификация по цели выполнения

Диагностические операции

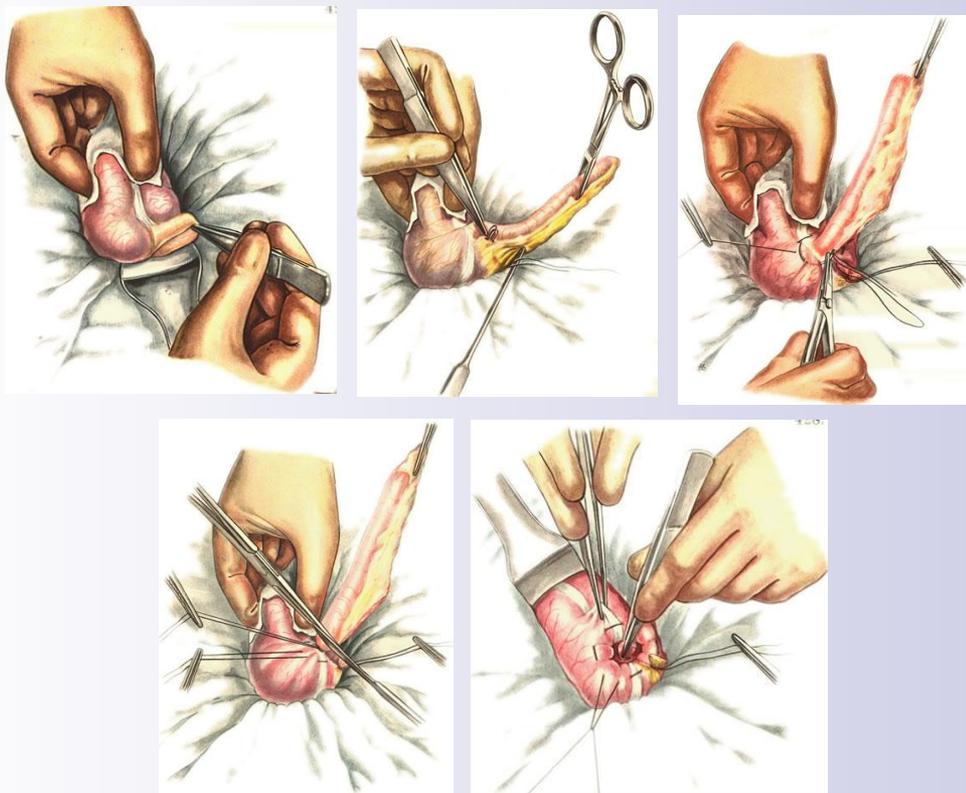
- **Биопсия.**
 - ✓ **Эксцизионная биопсия** - удаление образования целиком.
 - ✓ **Инцизионная биопсия** - иссечение части образования (органа).
 - ✓ **Пункционная биопсия** - чрескожная пункция органа (образования)
- **Специальные диагностические вмешательства** - лапаро- и торакоскопия, фиброэзофагогастроскопия, цистоскопия, бронхоскопия.
- **Традиционные хирургические операции с диагностической целью**

Лечебные операции

- **Радикальные операции**
- **Паллиативные**
- **Симптоматические**

Радикальная операция

- операция, выполняемая с целью излечения от заболевания путём удаления патологического образования, части или всего органа, что исключает возврат заболевания

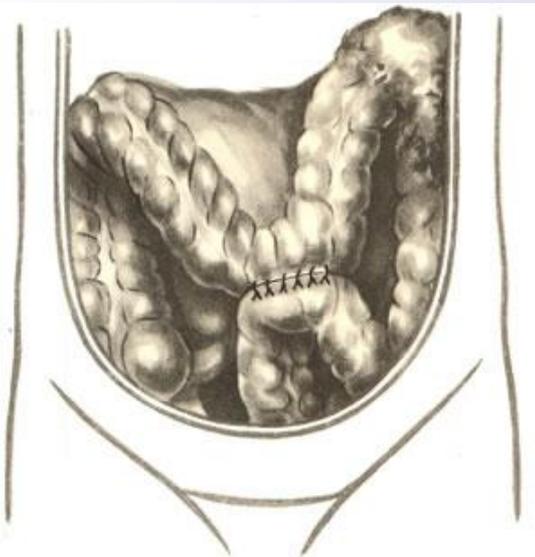


Аппендэктомия.

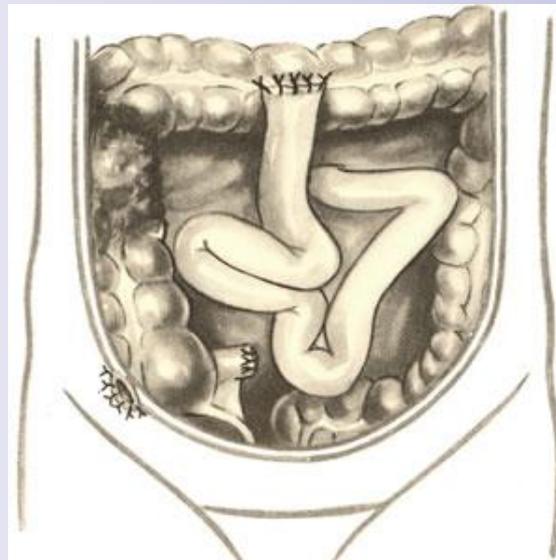
- Выведение купола слепой кишки и извлечение червеобразного отростка в рану
- Перевязка и отсечение брыжейки червеобразного отростка
- Наложение кисетного шва на слепую кишку вокруг основания отростка
- Отсечение червеобразного отростка
- Погружение культи кисетным швом
- Послойное ушивание раны

Паллиативные операции

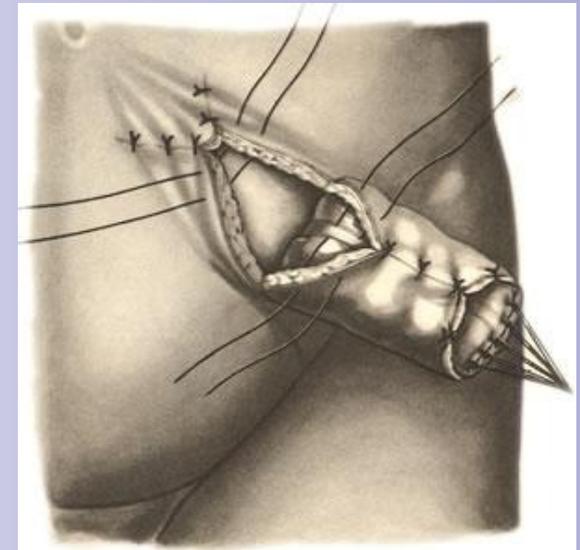
- направлены на улучшение состояния больного, но не на излечение его от заболевания



Трансверзосигмостомия
по типу бок в бок



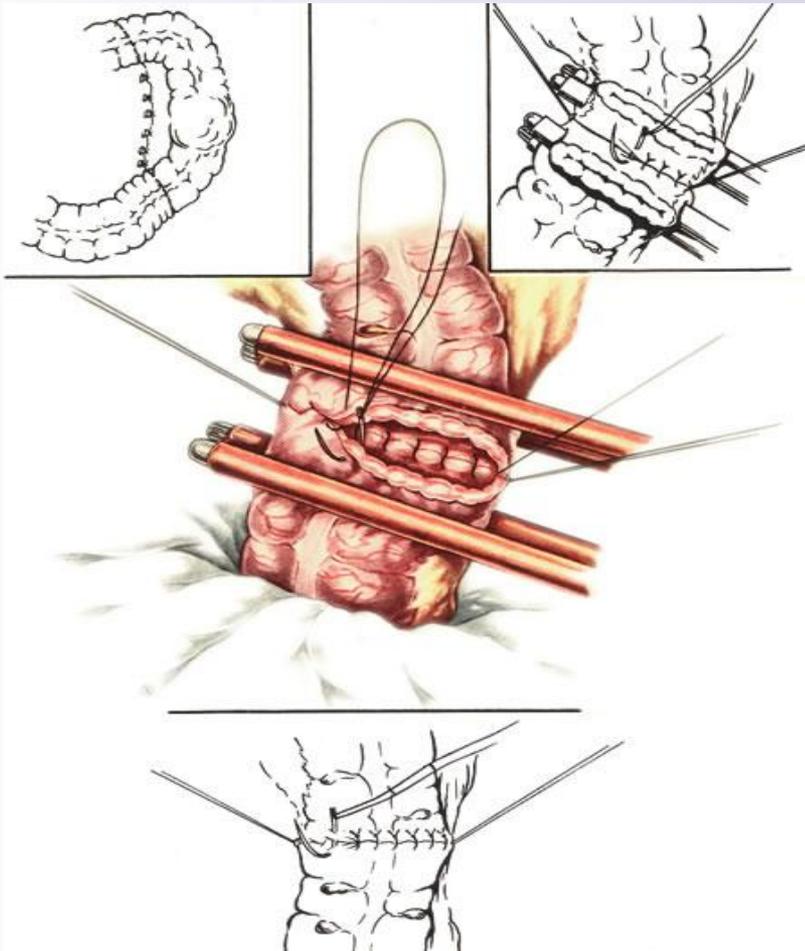
Илеотрансверзостомия по
типу конец в бок. На слепую
кишку наложен свищ



Наложение постоянного
противоестественного
заднего прохода.
Способ Ламбре.

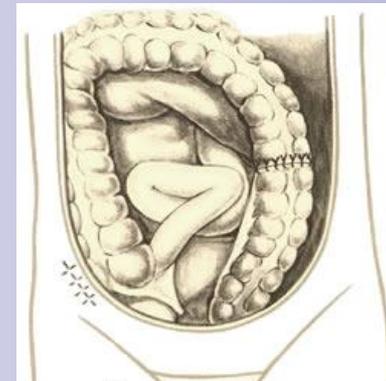
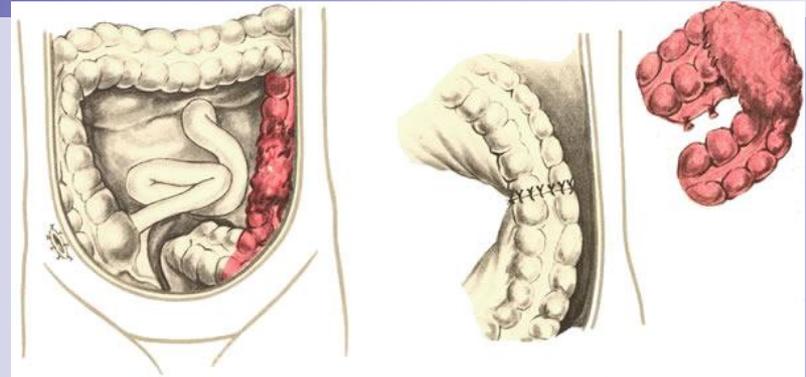
Хирургические вмешательства могут быть:

- ***Одномоментными*** - операции, при которых сразу за одно вмешательство выполняют несколько последовательных этапов, цель — полное выздоровление и реабилитация больного.
- ***Многомоментными*** - каждая из многомоментных операций состоит из определённых этапов хирургического лечения больного, разделённых во времени.
- ***Повторными*** - операции, выполняемые вновь на том же органе по поводу той же патологии.



Одномоментная резекция левой половины толстой кишки.

Наложение анастомоза между поперечной ободочной и сигмовидной кишкой по типу конец в конец.



Трехмоментная резекция левой половины толстой кишки.

- Первый этап — на слепую кишку наложен свищ.
- Второй этап—левая половина толстой кишки резецирована; между приводящим и отводящим отделом кишки наложен анастомоз по типу конец в конец.
- Третий этап — свищ слепой кишки закрыт.

- ***Сочетанными (симультантными)*** называют операции, выполняемые одновременно на двух и более органах по поводу двух и более различных заболеваний. При этом операции могут быть выполнены как из одного, так и из разных доступов.
- ***Комбинированными*** называют операции, при которых с целью лечения одного заболевания вмешательство проводят на нескольких органах.

Классификация операций по степени инфицированности:

- ***Асептические*** - чистые операции
- ***Условно асептические*** - операции с вероятным инфицированием
- ***Условно инфицированные*** - операции с высокой опасностью инфицирования
- ***Инфицированные*** - операции с очень высоким риском инфицирования

- **Типичные** операции выполняют по чётко разработанным схемам, методикам оперативного вмешательства.
- **Атипичные** ситуации возникают в случае необычного характера патологического процесса, вызвавшего необходимость в оперативном лечении.
- **закрытые** (репозиция костных отломков, эндоскопические операции, некоторые акушерские операции (поворот плода на ножку) и др.)
- **открытые** операции.

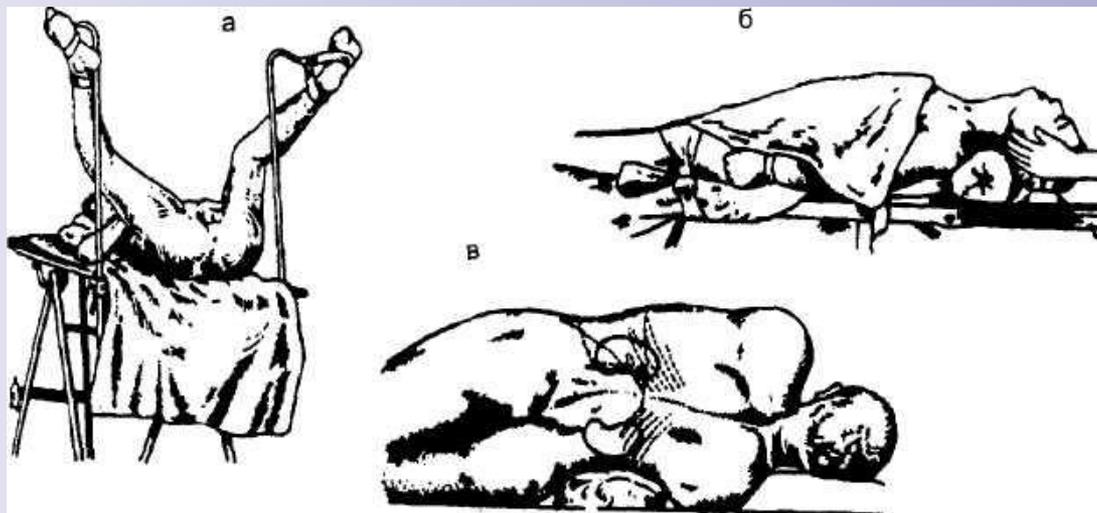
- **Специальные операции** - нет типичного рассечения тканей, большой раневой поверхности, обнажения повреждённого органа; используют специальный технический метод выполнения операции.
- ✓ **Микрохирургические операции** -
выполняют под увеличением от 3 до 40 раз с помощью увеличительных очков или операционного микроскопа
- ✓ **Эндоскопические операции** - *выполняют с помощью оптических инструментов — эндоскопов*
- ✓ **Эндоваскулярные операции** -
внутрисосудистые операции под рентгенологическим контролем.

ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

- *Оперативный доступ.*
- *Оперативный приём.*
- *Завершение операции.*

Оперативный доступ предназначен для обнажения поражённого органа и создания необходимых условий для выполнения планируемых манипуляций.

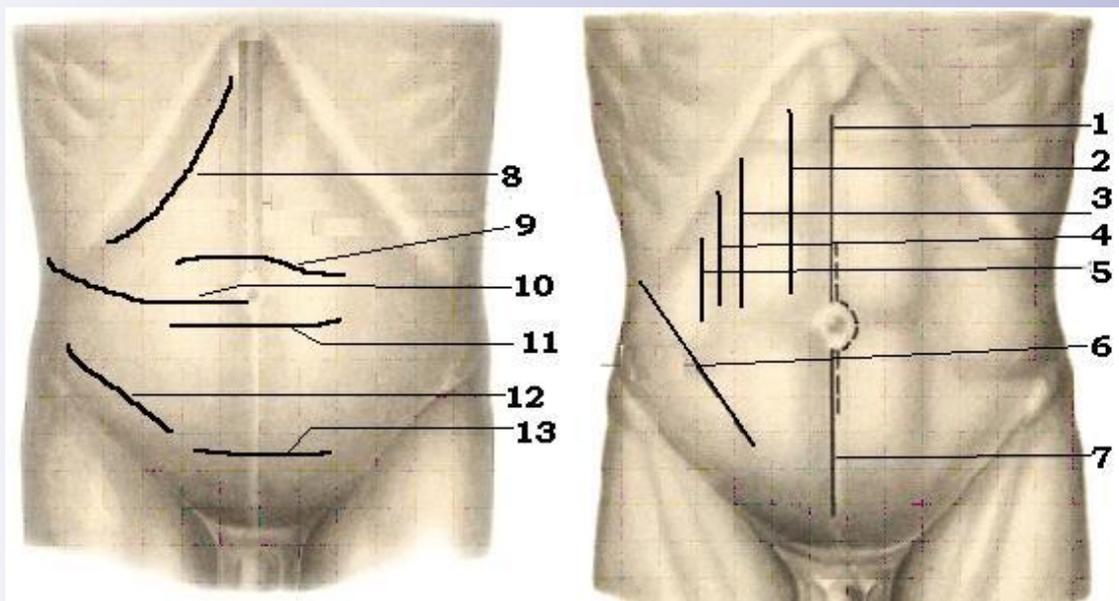
Значительно облегчить доступ к определённому органу можно, придав больному специальное положение на операционном столе



Различные положения больного на операционном столе:

- а — при операциях на промежности;
- б — при операциях на органах шеи;
- в — при операциях на почках и органах брюшинного пространства

Виды продольных, поперечных и косых лапаротомий:



1. верхняя срединная;
2. парамедиальная;
3. трансректальная;
4. параректальная;
5. по полулунной линии;
6. боковая трансмышлярная;
7. нижняя срединная;

8. паракостальная (подрёберная);
9. верхняя поперечная;
10. верхний боковой разрез с переменным направлением;
11. нижняя поперечная;
12. срединно-нижний боковой разрез с переменным направлением;
13. разрез по Пфанненштилю

Основные требования, предъявляемые к оперативному доступу:

- **Доступ должен быть настолько широким, чтобы обеспечить удобное выполнение оперативного приёма.**
- **Доступ должен быть щадящим.**
- **Доступ должен быть анатомичным - необходимо учитывать анатомические взаимоотношения и стараться повредить как можно меньше образований, сосудов и нервов.**
- **Доступ должен быть физиологичным – формирующийся впоследствии рубец не должен мешать движениям.**
- **Доступ должен быть косметичным.**

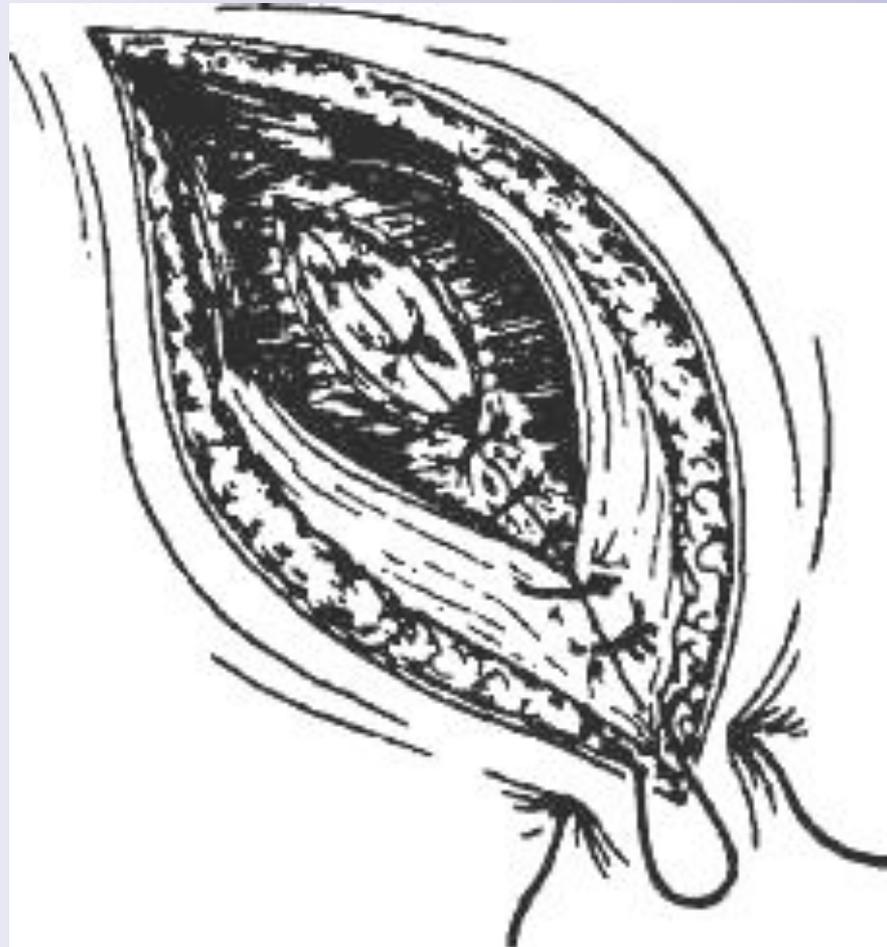
Оперативный приём

- — основной этап операции, во время которого осуществляют необходимое диагностическое или лечебное воздействие.
- По виду выполняемого лечебного воздействия выделяют несколько типов оперативного приёма:
 - ✓ удаление органа или патологического очага;
 - ✓ удаление части органа;
 - ✓ восстановление нарушенных взаимоотношений.

Завершение операции

- *послойное зашивание раны наглухо (иногда с выполнением специального косметического шва);*
- *послойное зашивание раны с оставлением дренажей;*
- *частичное зашивание с оставлением тампонов;*
- *наложение временных швов с учётом повторных вмешательств;*
- *оставление раны незашитой, открытой.*

*Послойное зашивание раны после
аппендектомии.*



Предупреждение инфицирования ран во время операции

- *предварительное мытье кожи раствором аммиака, диэтиловым эфиром*
- *Обработка операционного поля по Гроссиху—Филончикову или другим способом*
- *применение самоклеющихся стерильных плёнок*
- *Изоляция хирургического доступа стерильными простынями или полотенцами*
- *изолированный участок кожи обрабатывают спиртовым раствором йода, хлоргексидина*
- *Изоляция возможного источника загрязнения (гнойные, кишечные свищи, гангрена конечности)*
- *После осуществления хирургического доступа края и стенки операционной раны закрывают салфетками или полотенцем*
- *запрещаются лишние разговоры участников операции, хождение в операционной; обязательное пользование маской*
- *обязательная смена инструментов при их загрязнении*
- *После выполнения основного этапа операции удаляют все салфетки, меняют инструменты, кожу обрабатывают раствором йода, йод + калия йодидом и затем накладывают швы на рану.*
- *Операционная рана должна быть ушита так, чтобы в ней не оставалось карманов, замкнутых полостей; края раны должны быть хорошо сопоставлены друг с другом. Швы затягивают до соприкосновения стенок и краёв раны с умеренным натяжением*

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

- **Основная цель**— способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждать, своевременно выявлять и бороться с возникающими осложнениями.
- Послеоперационный период начинается с окончанием хирургического вмешательства и завершается полным выздоровлением больного или обретением им стойкой утраты трудоспособности.

Физиологические фазы послеоперационного периода:

- Катаболическая – 5-7 дней
- обратного развития – 3-5 дней
- Анаболическая – 3-4 недели

Клинические этапы:

- ранний – 3–5 сут;
- поздний – 2–3 нед;
- отдалённый (реабилитации) – от 3 нед до 2–3 мес.

Интенсивная терапия при неосложнённом послеоперационном периоде

- ***борьба с болью*** (придание правильного положения в постели, ношение бандажа, применение наркотических и ненаркотических анальгетиков, седативных средств, перидуральная анестезия);
- ***восстановление функций сердечно-сосудистой системы и микроциркуляции;***
- ***предупреждение и лечение дыхательной недостаточности;***
- ***коррекция водно-электролитного баланса;***
- ***дезинтоксикационная терапия;***
- ***сбалансированное питание;***
- ***контроль функций выделительной системы.***



Принципы профилактики тромбоэмболических осложнений:

- **ранняя активизация больных;**
- **воздействие на возможный источник (например, лечение тромбофлебита);**
- **обеспечение стабильной гемодинамики;**
- **коррекция водно-электролитного баланса с тенденцией к гемодилюции;**
- **использование дезагрегантов и других средств, улучшающих реологические свойства крови;**
- **применение антикоагулянтов (например, гепарин натрий, надропарин кальций, эноксапарин натрий) у больных с повышенным риском тромбоэмболических осложнений.**

Принципы профилактики осложнений со стороны дыхательной системы:

- ранняя активизация больных;
- антибиотикопрофилактика;
- адекватное положение в постели;
- дыхательная гимнастика, постуральный дренаж;
- разжижение мокроты и применение отхаркивающих средств;
- санация трахеобронхиального дерева у тяжелобольных (через интубационную трубку при продлённой ИВЛ или через специально наложенную микротрахеостому при спонтанном дыхании);
- горчичники, банки;
- массаж, физиотерапия.

Принципы профилактики и борьбы с парезом кишечника:

- ранняя активизация больных;
- рациональный режим питания;
- дренирование желудка;
- перидуральная блокада (или паранефральная новокаиновая блокада);
- введение газоотводной трубки;
- гипертоническая клизма;
- введение средств стимуляции моторики (например, гипертонический раствор, неостигмина метил сульфат);
- физиотерапевтические процедуры (диадинамотерапия).

Профилактика пролежней:

- **ранняя активизация** (по возможности ставить, сажать пациентов или хотя бы поворачивать с боку на бок);
- **чистое сухое бельё;**
- **резиновые круги** (подкладывают в области наиболее частых локализаций пролежней для изменения характера давления на ткани);
- **противопролежневый матрац** (матрац с постоянно изменяющимся давлением в отдельных секциях);
- **массаж;**
- **обработка кожи антисептиками.**

Лечение пролежней:

- ***Стадия ишемии*** - кожу обрабатывают камфорным спиртом вызывающим расширение сосудов и улучшение кровотока в коже.
- ***Стадия поверхностного некроза*** - область поражения обрабатывают 5% раствором перманганата калия или 1% спиртовым раствором бриллиантового зелёного. Указанные вещества оказывают дубящий эффект, создают струп, препятствующий присоединению инфекции.
- ***Стадия гнойного расплавления*** - лечение осуществляют по принципу лечения гнойной раны.

Поздние осложнения

- *возможны осложнения со стороны органов, на которых выполнялась операция (болезнь оперированного желудка, постхолецистэктомический синдром, фантомные боли при ампутации конечности, посттромбофлебитический синдром, спаечная болезнь).*
- *Могут возникнуть осложнения в виде лигатурного свища, послеоперационных грыж, келоидного рубца.*

Сестринский процесс в послеоперационном периоде

Цель м/с: «помочь больному вернуться к безопасному физиологическому уровню.

В раннем периоде:

- Обеспечение проходимости дыхательных путей
- Выявление и лечение осложнений
- Обеспечение безопасности пациента
- Стабилизировать жизненно важные функции
- Избавить от остаточной анестезии
- Обеспечить адекватное обезболивание
- Обеспечить эмоциональную поддержку и снизить тревогу

Сестринский диагноз

- ❑ Дефицит объема жидкостей, связанных с кровопотерей, выходом жидкости из дренажей, послеоперационной рвотой.
- ❑ Запретом перорального приема жидкости
- ❑ Неэффективность клиренса дыхательных путей, связанных с анестезией и хирург.вмешательством
- ❑ Неэффективность дыхательных движений, связанных с наличием п/о боли или эффектами средств для наркоза
- ❑ Риск аспирации
- ❑ Боль
- ❑ Гипотермия, связанная с нарушением терморегуляции
- ❑ Сенсорные нарушения, связанные с региональной или общей анестезией.

Ожидаемые результаты

- Проведение мониторинга объема вводимых и выводимых жидкостей у больного, сбалансированный прием и выведение; артериальное давление, тургор кожи, электролиты в пределах нормы.
- Дыхательные пути больного нормально функционируют; при переводе из ОРИТ пациент свободно кашляет
- Нормальная частота и глубина дыхания, способен выполнять каскадный кашель
- Чистые дыхательные звуки, признаки аспирации отсутствуют
- Нормальная температура
- Адекватно обезболен
- Пациент ориентирован в месте, времени.

Выполнение плана

- Важное сестринское вмешательство в палате ОРИТ- режим бодрствования.
- Цель: придать больному подвижность (в пределах кровати), обеспечить улучшенный газообмен и снизить риск осложнений.
- Дыхательная гимнастика, изменение положения больного каждые 15-20 мин
- Облегчение боли

Ответы на вопросы

- В послеоперационный период все должно быть направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. В зависимости от общего состояния пациента, 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.).
- Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон.

Что представляет собой послеоперационный режим?

Каждый больной получает от врача особое разрешение на перемену режима: в разные сроки разрешают присаживаться, вставать. В основном после не полостных операций средней тяжести, при хорошем самочувствии больной может вставать около кровати на другой день. Сестра должна проследить за первым вставанием больного с постели, не разрешать ему самостоятельно выходить из палаты.

Как осуществляется уход и наблюдение за больным после местной анестезии?

Следует иметь в виду, что некоторые больные имеют повышенную чувствительность к новокаину, в связи с чем у них после операции под местным обезболиванием могут возникнуть общие расстройства: слабость, падение артериального давления, тахикардия, рвота, цианоз. В таких случаях нужно ввести подкожно 1—2 мл 10 % раствора кофеина, внутривенно — 20 мл 40 % глюкозы, 500— 1000 мл физиологического раствора. Обычно через 2— 4 часа все явления интоксикации проходят.



Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза?

Больного после наркоза укладывают в теплую постель на спину с повернутой головой или на бок (чтобы предупредить западение языка) на 4—5 часов без подушки, обкладывают грелками. Будить больного не следует.

Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза?

Сразу же после операции на область операционной раны желательно положить на 4—5 часов мешок с песком или резиновый пузырь со льдом. Применение тяжести и холода на оперированную область приводит к сдавливанию и сужению мелких кровеносных сосудов и предупреждает скопление крови в тканях операционной раны.



Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза?

Холод успокаивает боли, предупреждает ряд осложнений, понижает процессы обмена, благодаря чему ткани легче переносят недостаточность кровообращения, вызванную операцией.



Как осуществляется уход и наблюдение за больным после общего наркоза?

До тех пор, пока больной не проснется и не придет в сознание, медицинская сестра должна находиться около него неотступно, наблюдать за общим состоянием, внешним видом, артериальным давлением, пульсом, дыханием.

Как осуществляется уход за больным при возникновении после наркоза рвоты?

В первые 2—3 часа после наркоза больному не дают ни пить, ни есть. При появлении рвоты голову больного поворачивают на бок, ко рту подставляют лоток или подкладывают полотенце, из полости рта удаляют рвотные массы с тем, чтобы не произошли аспирация (попадание в дыхательные пути), а в последующем — ателектаз легких.

Как осуществляется уход за больным при возникновении после наркоза рвоты?

По окончании рвоты рот протирают влажным тампоном. При рвоте после наркоза эффект оказывает введение под кожу 1—2 мл 2,5 % раствора аминазина, 1 мл 2,5 % раствора дипразина.

Как осуществляется профилактика осложнений со стороны органов дыхания в послеоперационный период?

Важным для предупреждения легочных осложнений является защита больного от охлаждения во время доставки из операционной в палату. Его нужно укрыть, укутать, так как в операционной температура воздуха выше, чем в коридорах, а при транспортировке возможно воздействие сквозняков.

Как осуществляется профилактика осложнений со стороны органов дыхания в послеоперационный период?

Для профилактики осложнений со стороны органов дыхания необходимо принять активные меры для улучшения дыхательного процесса: поставить банки на грудь, спину. Сразу же после пробуждения от наркоза нужно заставить больного периодически производить глубокие вдохи и выдохи, движения верхних и нижних конечностей.

Как осуществляется профилактика осложнений со стороны органов дыхания в послеоперационный период?

Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту необходимость и безопасность глубокого дыхания. Больным предлагают надуть резиновые шары, откашливаться. При кашле больной должен положить руку на область раны и, придерживая ее согнуть колени.

Какие медикаментозные средства назначаются для усиления глубины дыхания?

Введение наркотических и болеутоляющих средств имеет большое значение для усиления глубины дыхания. В палате для тяжелых послеоперационных больных постоянно должны находиться баллон с кислородом, электроотсос.

Как осуществляется уход за больным после операции на органах брюшной полости?

После операции на органах брюшной полости под местным обезболиванием больного нужно уложить в постель так, чтобы рана находилась в покое. Если хирург не дает специальных указаний, наиболее удобным будет положение с приподнятым головным концом кровати и слегка согнутыми ногами.

Как осуществляется уход за больным после операции на органах брюшной полости?

Такое положение (положение Фаулера) способствует расслаблению брюшной стенки, обеспечивает покой для операционной раны, облегчает дыхание и кровообращение.

ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Возможные осложнения после операции со стороны органов и систем разделяются на ранние и поздние (реабилитационная стадия).

РАННИЕ послеоперационные осложнения возникают во время пребывания больного в стационаре и обусловлены операционной травмой, последствиями наркоза и вынужденным положением пациента.

ОСНОВНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

ПОЗДНИЕ послеоперационные осложнения могут возникнуть после выписки из ЛПУ со стороны органов, на которых проводилась операция. Например, спаечная болезнь, фантомные боли после ампутации конечности.

Со стороны раны – свищ, послеоперационная грыжа, келоидный рубец. Лечение амбулаторное или хирургическое

Симптомы	Причины	профилактика
Боль в области раны	Травматичность операции	Удобное положение в постели, бандаж, анальгетики
Нарушение сна	Боль, кровопотеря , нервное возбуждение	Положение в кровати, проветривание, снотворные, восполнение ОЦК
Повышение температуры	Травматичность операции, реакция организма на всасывание белков в зоне операции, кровопотеря	Измерение и регистрация температуры, осмотр кожных покровов (потоотделение), смена нательного и постельного белья, пузырь со льдом к голове, восполнение кровопотери
Дрожь, озноб	Общая анестезия	Согреть постель, грелки к ногам
Учащение дыхания	Травматичность операции, кровопотеря	Измерение и регистрация ЧДД, удобное положение в постели, восполнение ОЦК

Симптомы	Причины	профилактика
Тахикардия	Травматичность операции, кровопотеря	Измерение и регистрация пульса, восполнение ОЦК
Снижение АД (незначительное)	Травматичность операции, кровопотеря	Измерение и регистрация АД, восполнение ОЦК
Острая задержка мочи	Нервно-рефлекторный спазм мочевыделительных Путей, необычное положение пациента	Измерение и регистрация количества введенной и выделенной жидкости, изоляция пациента, рефлекторные меры, катетеризация

Симптомы	Причины	профилактика
Послеоперационный психоз	Психическая травма, характер психической деятельности больного, возраст	Хорошая психологическая подготовка, фиксация пациента в кровати, хороший сон
Бронхиты, пневмонии	Нарушение вентиляции легких – застой, переохлаждение	Полусидячее положение, дыхательная гимнастика, вибрационный массаж, оксигенотерапия
СС-недостаточность	Шок, гипоксия	Положение Транделенбурга, измерение АД, пульса, оксигенотерапия
Тромбоз вен	Замедление кровотока, повышение свертываемости крови	Бинтование конечностей эластичным бинтом, ранее вставание, возвышенное положение конечностей

Симптомы	Причины	профилактика
Кровотечение, гематома	Расхождение шва, понижение свертываемости	Холод на рану, измерение АД, наблюдение за повязкой; врач!
Инфильтрат, нагноение	Попадание инфекции, наличие некротизированных тканей	Измерение температуры, соблюдение правил асептики при перевязках, щадящие перевязки
Расхождение послеоперационной раны	Развитие гнойного воспаления, снижение процессов регенерации (сахарный диабет, авитаминоз, истощение), кашель, запоры	Соблюдение СПЭР, следить за дыханием, физиологическими отправлениями, профилактика пневмонии, метеоризма
Шок	Невосполненная кровопотеря, возбуждение ЦНС	Положение Транделенбурга, измерение пульса и АД

Симптомы	Причины	профилактика
Отрыжка, тошнота, рвота	Парез органов ЖКТ	Положение на спине (голова на бок), или на боку, приготовить лоток, полотенце, раствор для полоскания; промывание желудка
Метеоризм	Парез органов ЖКТ	Полусидячее положение, дыхательная гимнастика, отсасывание содержимого желудка, гипертоническая клизма, газоотводная трубка
Перитонит	Расхождение швов на стенках органов ЖКТ, заболевание органов брюшной полости	Следить за внешним видом пациента, измерение температуры, наблюдение за повязкой
Внутренние кровотечения		Измерение АД, пульса, наблюдение за повязкой
Острый паротит	Нарушение оттока слюны	Тщательный туалет полости рта, дольки лимона, сухари

Симптомы	Причины	профилактика
Анурия	Интоксикация, нервно-рефлекторные расстройства	Следить за количеством введенной и выделенной жидкости, рефлекторные методы воздействия, катетеризация
Пролежни	Истощение, вынужденное положение на спине, нарушение трофики	Тщательный туалет кожи, активное положение в постели или переворачивание, подкладной круг, ватно-марлевые кольца, своевременная смена нательного и постельного белья, простыня без складок и крошек, противопролежневый матрас



Благодарю за внимание!