

**Особенности ухода за пациентами
хирургического профиля.**

**Подготовка пациента к операции,
Послеоперационный уход и
наблюдение за пациентом
(профилактика осложнений,
пролежней и застойной пневмонии)**

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- умерщвление патогенных микроорганизмов и дезинсекции - уничтожение насекомых-паразитов.

Особенности ухода за хирургическим больным определяются:

- 1) дисфункциями органов и систем организма, возникающих вследствие заболевания (патологического очага);
- 2) необходимостью и последствиями проведения обезболивания;
- 3) операционной травмой.



ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ОПЕРАЦИИ

Задачи предоперационного периода:

- уточнение диагноза (дополнительные исследования для выявления подробностей, которые позволят спланировать ход вмешательства);
- выявление противопоказаний (сопутствующие заболевания, которые могут помешать операции);
- выбор способа хирургического вмешательства (врач рассказывает о различных методиках оперирования, и они вместе с пациентом выбирают наиболее подходящий);
- выбор анестезии (этот момент тоже обсуждается из-за индивидуальной непереносимости);
- подготовка органов и систем к вмешательству (отмена одних медикаментов и прием других; диета).

При подготовке пациента к плановой операции длительность диагностического периода составляет от 7 до 14 дней. При необходимости интервал расширяют.

Необходимые исследования

- пациент обязательно проходит несколько обследований: ОАМ и ОАК (общие анализы мочи и крови), анализ крови на группу, а Rh-фактор, на сифилис, ВИЧ, гепатиты; осмотр терапевтом;
- если человеку предстоит операция под общим наркозом, он дополнительно делает ЭКГ и флюорографию;
- остальные специфические методы исследования (рентген, УЗИ, биопсия и т.д.) назначаются при индивидуальных показаниях.



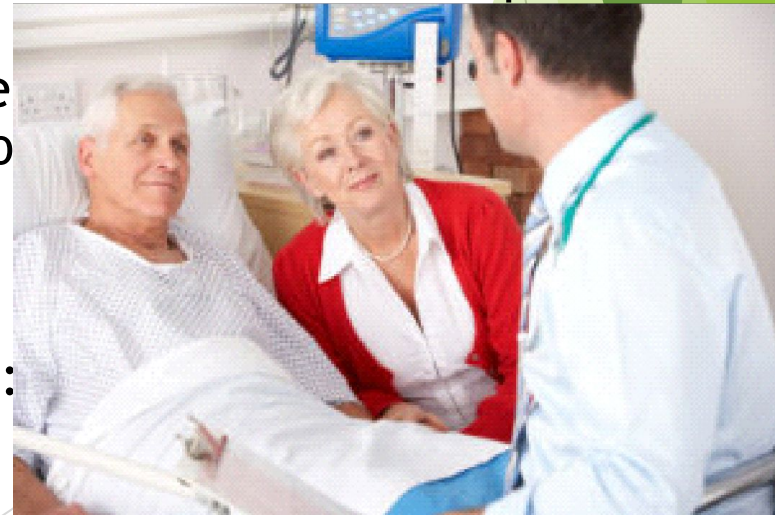
ПОДГОТОВКА ЗА СУТКИ ДО ОПЕРАЦИИ

1 этап вечером накануне операции:

- очистительная клизма;
- гигиенический душ или ванна;
- смена нательного или постельного белья;
- легкий ужин (стакан горячего сладкого чая или кусочек хлеба с маслом);
- за 30 минут до сна вечерняя премедикация: снотворное (фенобарбитал), транквилизаторы (реланиум), десенсибилизирующие средства (димедрол), кордиамин или сульфакамфокаин.

2 этап утром в день операции:

- очистительная клизма;
- подготовка операционного поля: сбривание волосяного покрова в месте предполагаемого разреза;
- опорожнение мочевого пузыря (при операции на мочевом пузыре его заполняют раствором фурациллина);
- подготовка ротовой полости (удаление съемных зубных протезов);
- за 30 минут до операции премедикация: димедрол, промедол, атропин



ПОДГОТОВКА К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Подготовка больного к экстренным операциям проводят в сжатые сроки, но и в условии полного дефицита времени стремятся к возможно более полному ее проведению:

- частичная санитарная обработка;
- смена нательного белья;
- опорожнение желудка через зонд шприцом Жане;
- опорожнение мочевого пузыря;
- подготовка ротовой полости;
- сбривание волосяного покрова в области операционного поля сухим способом;
- минимальное лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, ЭКГ, группа крови);
- премедикация (промедол, димедрол, атропин).





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 рань
- 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.

Уход за больными с общим режимом после операции сводится в основном к организации и контролю за соблюдением ими гигиенических мероприятий.





Смена постельного белья



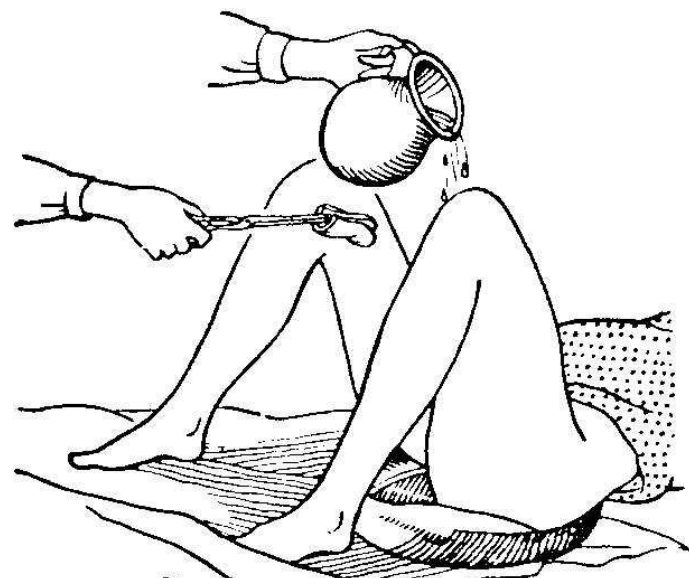
Смена нательного белья







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

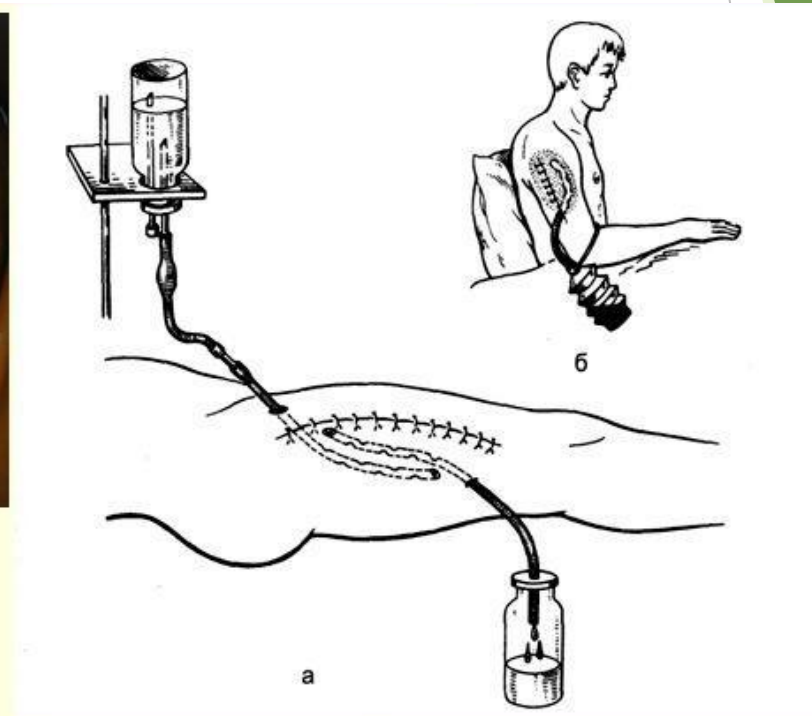
Дренажи после операции устанавливаются для:

- ▶ 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 везде 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.

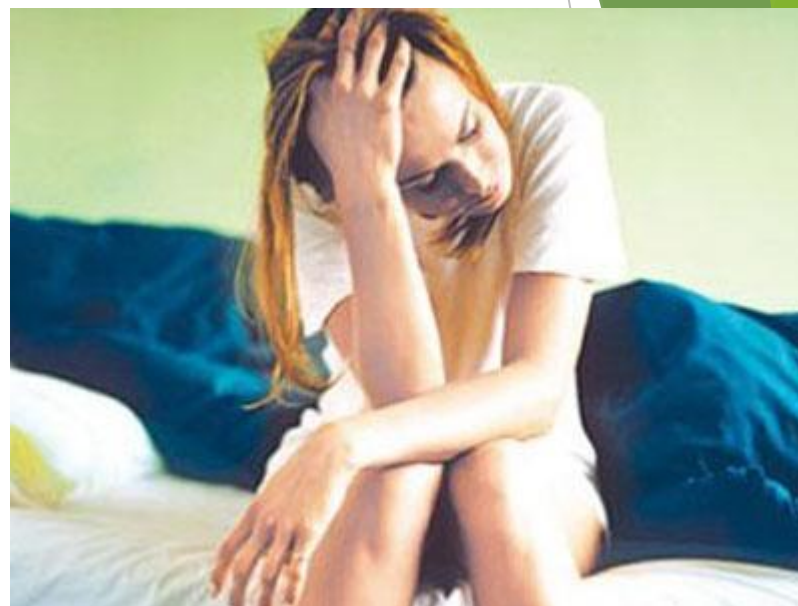
Общий уход за больными в раннем послеоперационном периоде включает:

- 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, выход органов брюшной полости в рану (эвентрация), обильное промокание повязки гноем, кишечным содержимым; контроль отделяемого по дренажам;
- обработка послеоперационных ран, асептические, маゼвые 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.

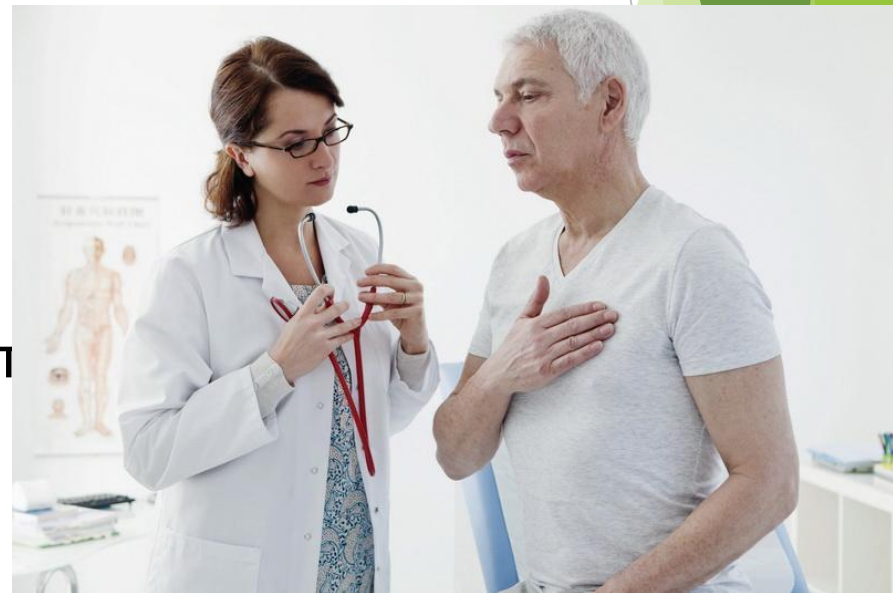


Послеоперационные осложнения:

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.



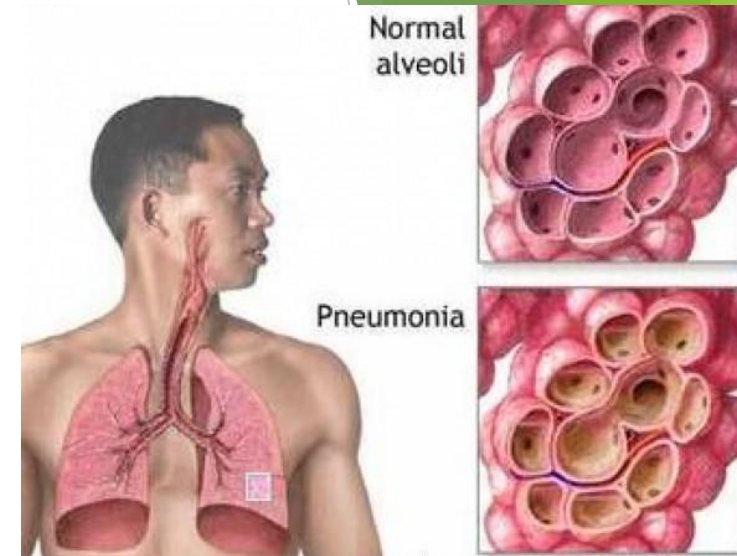
Застойная пневмония

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, ощу-

щение 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.

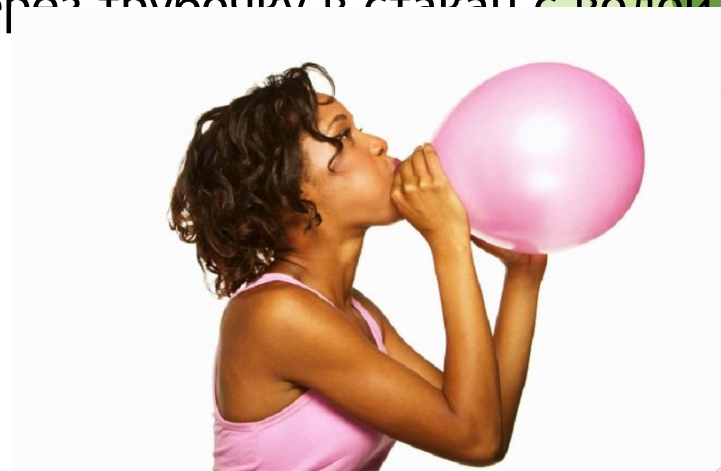
Лежачим больным каждые 2-3 часа необходимо проводить массаж: перевернуть пациента на живот и легонько постучать по спине, минуя область сердца в течение 3-5 минут, далее массаж сделать в области грудной клетки.

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



Меры профилактики пневмонии у лежачих больных

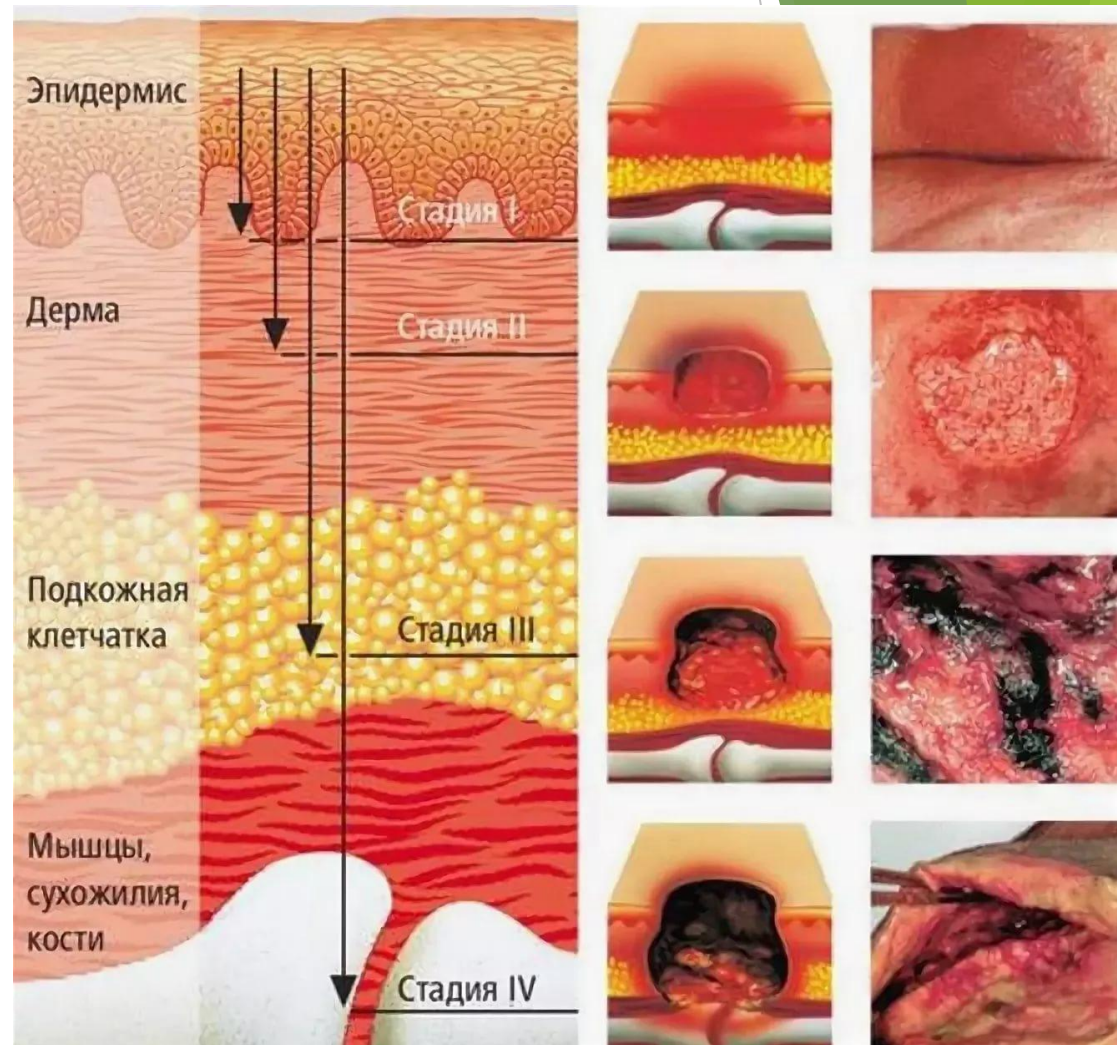
- ▶ Для улучшения притока крови к легким больного и уменьшению одышки ему следует обеспечить полусидячее положение. Для этого в изголовье подкладывают несколько подушек.
- ▶ В целях профилактики пневмонии у лежачих больных им можно делать лечебный массаж легким постукиванием по спине и груди без затрагивания 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 надувать 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).

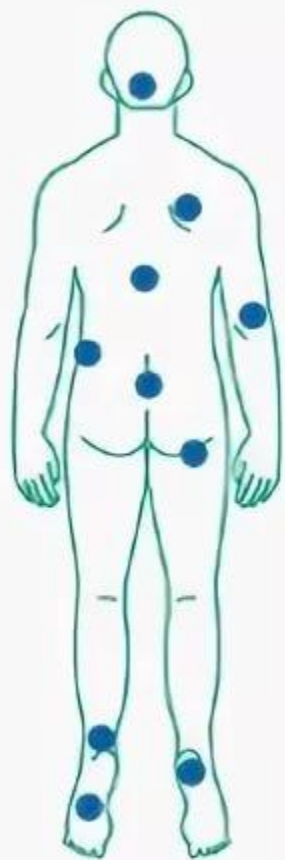


Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" (ОСТ 91500.11.0001-2002)

- ▶ Неадекватные противопролежневые 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.

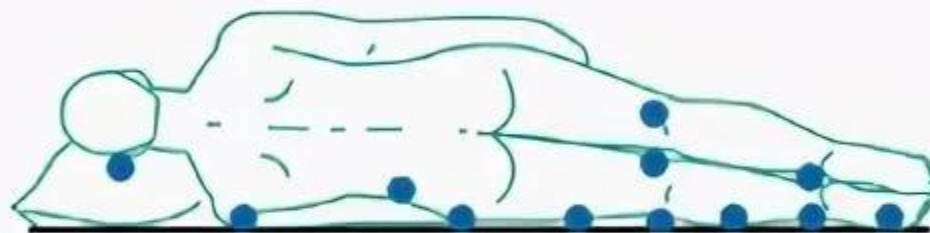
Места образования пролежней на теле человека



Пациент лежит на спине



Пациент использует для передвижения инвалидное кресло



Пациент лежит на боку

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.

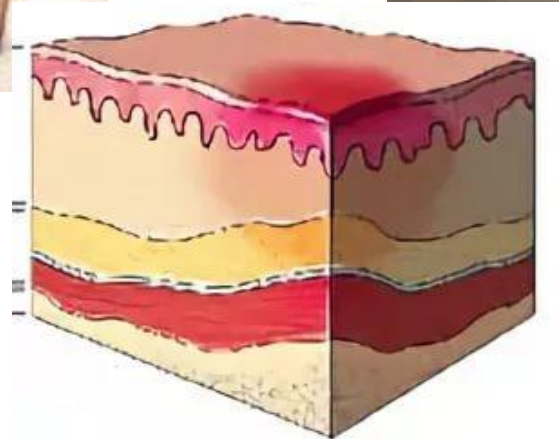
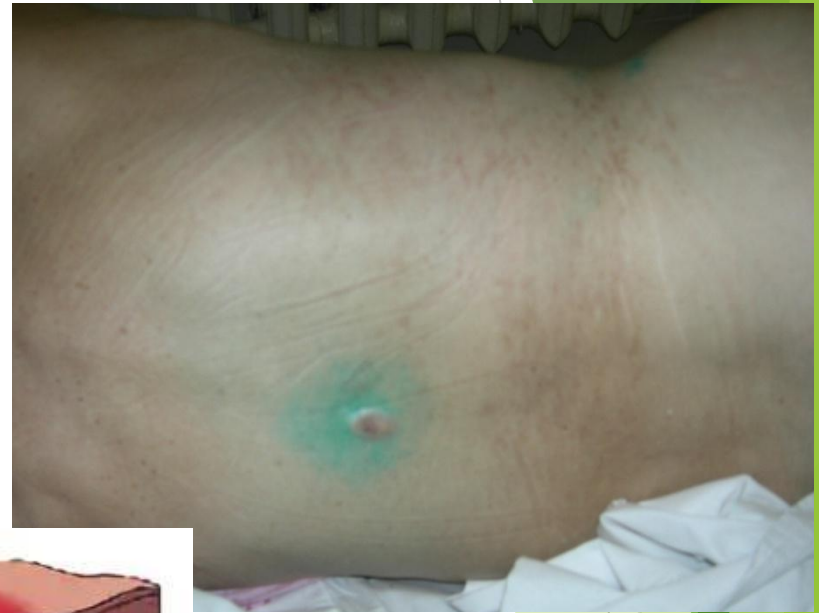
Оценка степени риска образования пролежней ШКАЛА ВАТЕРЛОУ

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	ортопия, операционное вмешательство (более 2 часов)	5
		неподвижность (кресло-каталка)	5			назначение лекарства	
						стероиды, цитостатики, противовоспалительные препараты высокой дозировки	4

Стадии пролежней

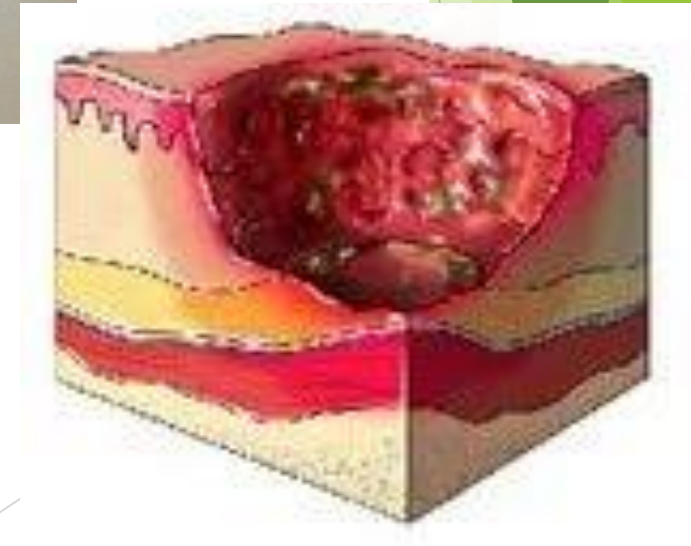
1 стадия - эритема кожи, не исчезающая в течение 30 минут после перемены положения тела, эпидермис интактен.



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 расположенных 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.

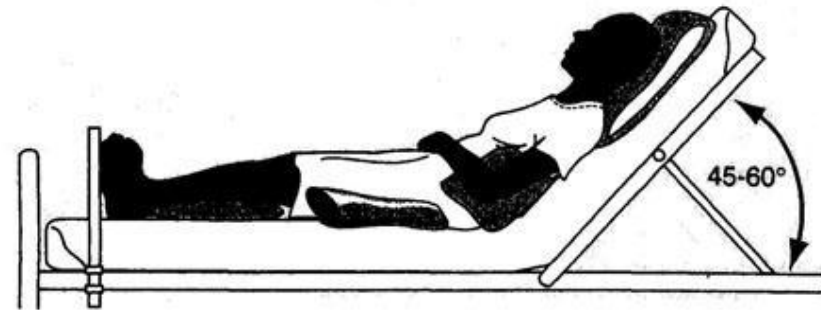


Смена положения в постели каждые 2 часа

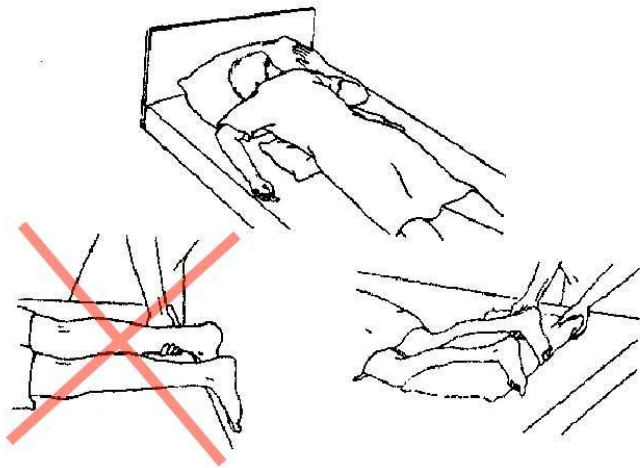
Положение Симса



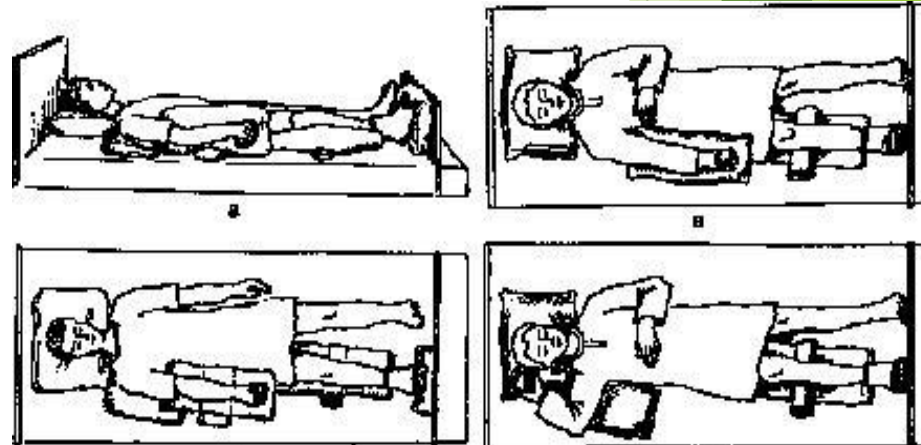
Полусидячее положение



Положение «лёжа на животе»



Положение «лёжа на спине»



Используемые приспособления для профилактики пролежней



Профилактика пролежней

- 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 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!